Corona-Virus-Infektion
Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

_____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie **Husten, Fieber, Atemnot**, **sonstige Erkältungssymptome**?	Ja ☐ Nein ☐
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja ☐ Nein ☐
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja ☐ Nein ☐
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht?	Ja ☐ Nein ☐

.....

Unterschrift Patient

Bitte Rückseite beachten ➡

Datenschutzbestimmungen und Einverständniserklärung zur Testung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ein SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest von einem/r Mitarbeiter/in der Sonnen-Apotheke Leipzig an mir durchgeführt wird.

Die zum Zwecke der Testung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, die allein zum Zwecke der Durchführung des Tests notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ausnahme: Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Apotheke an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/Eltern

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Unteren Teil bitte nicht ausfüllen!

Temperaturkontrolle Stirn < 37,5°C unauffällig? ☐ ja ☐ nein (Keine Testung!)

Fragebogen zur Selbsteinschätzung ausgefüllt? ☐ ja ☐ nein (Keine Testung!)

Ergebnis:

☐ negativ Nachgewiesen durch Antigentest/ Firma:

☐ positiv (Sofortige PCR-Testung an geeigneter Stelle (Arzt, Teststrecke), häusliche Quarantäne)

Unterschrift, Stempel Apotheke: _____