

	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden Medizinische Klinik I und III DINZ-Ambulanzzentrum	
	SARS- CoV-2	Abfrage

Sind Sie wegen COVID-19 in Quarantäne?

nein ja

Waren Sie in den letzten 3 Wochen verreist

nein ja Wenn ja:

Stadt: _____

Land: _____

An welchem Tag sind Sie zurückgekehrt: _____

Haben Sie aktuell Symptome:

- Neu aufgetretener Husten (in den letzten 14 Tagen)
- Neu aufgetretene Atemnot
- Störung von Geruchs-/ oder Geschmackssinn ohne verstopfte Nase
- Fieber ab 37,5 °C
- KEINE dieser Symptome

Wurde bei Ihnen ein Corona Test durchgeführt:

nein ja Wenn ja: wann (zuletzt)? _____

Ergebnis: positiv negativ noch nicht bekannt

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben mit meiner Unterschrift. Mir ist bewusst, dass eine Fehlangabe zivilrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bezeichnung: PM 4- COVID 19 Abfrage	Erstellt : 08/2020	Freigegeben: 08/2020	Freigegeben: 08/2020
	Unterschrift: Heike Keller	Unterschrift: OÄ Dr. Schmelz	Unterschrift: Prof. Dr. Aringer