

Fragebogen COVID- 19 (Corona Virus Disease)

**Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig**

Hatten Sie in den letzten 10 Tagen *ohne FFP Maske/Schutzkleidung* Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist/bei der eine Infektion mit dem Coronavirus nachgewiesen wurde?

Ja     Nein

Sind bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Symptome in den letzten 10 Tagen aufgetreten (*nicht allergisch bedingt, nicht chronisch*):  
Fieber, Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen, Durchfall, Erbrechen, Störung vom Geruchs- oder Geschmackssinn

Ja     Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risiko-,oder Virusvariantengebiet (RKI Hinweise) im In- oder Ausland?

Ja     Nein  Wenn ja wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie vollständig gegen das Coronavirus geimpft?

Ja     Nein  letzte Impfung am : \_\_\_\_\_

Genesen     Erstimpfung     Zweitimpfung     Booster-Impfung

---

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt im Schlaflabor!

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Schlaflabor-Team