

Fragebogen SARS-CoV-2 Kontaktrisiko und Symptomevaluation

Personenbezogene Daten
Name des Kindes
Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes
Adresse
Telefon
E-Mail
Fahrgemeinschaften/mitfahrende Personen zur und von der Notbetreuung:

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 innerhalb des eigenen Haushalts? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Sohn/ Ihre Tochter oder eine Person aus dem eigenen Haushalt in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach den RKI definierten Risikogebieten ¹ oder Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage). Hatte ihr Sohn/ihre Tochter oder eine Person aus dem eigenen Haushalt folgenden Symptome?	
Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Hiermit versichere ich die wahrheitsgemäße Angabe aller Fragen:

Ort, Datum

Unterschrift

¹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html