

COVID-19 Fragebogen

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Geplanter Studierendenfachbereich:

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen Fieber (Temp. über 38°C) oder Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen oder andere Symptome?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit SARS-CoV-2 infiziert oder standen sie unter Verdacht an SARS-CoV-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert war/ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, bei der der Verdacht bestand oder besteht mit SARS-Cov-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden in den letzten 2 Wochen das außereuropäische Ausland oder ein Risikogebiet bereist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein