

Corona- Symptom- Checkliste für den Kurs: _____

Teilnehmerin: _____

Bitte hier jeweils mit einem \surd antworten,
wenn Sie **keine Symptome oder Kontakte** haben

	1. Kurseinheit	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Haben Sie Fieber (über 38°C)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Schüttelfrost?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Husten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Sind Sie neuerdings kurzatmig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Fühlen Sie sich neuerdings unüblich müde oder abgeschlagen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Schnupfen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie (vorübergehenden) Durchfall?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie einen neu aufgetretenen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Leiden Sie unter Übelkeit/Erbrechen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie eine Bindehautentzündung / gerötete oder juckende Augen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Haben Sie Bauchschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

Kontakte und Diagnosen

Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne, da Sie Kontakt zu einer Person hatten, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde? Ja Nein

Hatten Sie wissentlich direkten Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde (ca. 15 Minuten face to face)? Ja Nein

Sind Sie beruflich oder ehrenamtlich im Krankenhaus, einer Arztpraxis oder in der Altenpflege tätig? Ja Nein

Hatten Sie als Patient in den vergangenen 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Krankenhaus (Stationär/Ambulant), in einer Rehabilitationseinrichtung oder einem Pflegeheim (z.B. auch zur Kurzzeitpflege)? Ja Nein

Wurden Sie bereits auf das Coronavirus getestet? Ja Nein

Datum Kursende

Unterschrift Kursteilnehmerin

Unterschrift kursleitende Hebamme