

## Fragebogen zur Selbsteinschätzung - SARS-CoV-2 Test

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.**

**Der Test darf nur durchgeführt werden, wenn Sie folgende Fragen mit NEIN beantworten können.**

1. Haben Sie <b>derzeit</b> grippeähnliche Symptome: wie <b>Fieber, Atemnot?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter akutem <b>Geschmacksverlust?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Kiel, den ..... : ..... Uhr

.....  
**Unterschrift**