

KURZ-CHECK: IST EIN CORONA-TEST ANGEZEIGT?

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geb. Datum

BESTEHEN ...

schwere Atemwegsbeschwerden: Atemfrequenz >25/min, Fieber >38,3° C, Blutdruck systolisch <100 mm Hg, Puls >99/min., plötzliche Bewusstseinsintrübung?

ODER

Störung von Geruchs- oder Geschmackssinn?

ODER

Symptome **UND** Kontakt mit bestätigtem Covid-19-Fall?

ODER

Kontakt mit bestätigtem Covid-19-Fall ohne Symptome?

ODER

Verschlechterung bestehender Atemwegsbeschwerden?

ODER

leichte Atemwegsbeschwerden

UND

Zugehörigkeit zu Risikogruppe:

älter 50 Jahre, BMI>40, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD/Asthma mit Dauertherapie, chronische Nieren- oder Lebererkrankung, Diabetes mellitus, Krebserkrankung, Immunsuppression, Schwangerschaft?

ODER

Arbeitsplatz in Pflege, Arztpraxis oder Krankenhaus?

ODER

vorangegangene Teilnahme an Großveranstaltungen oder sonstige Exposition?

ODER

Kontakt zu anderen Personen während schon bestehender Symptomatik?

ODER

weiterhin Kontakt zu vielen Personen (z.B. Lehrer)?

ODER

Häufung von schweren Atemwegssymptomen im Umfeld (z.B. eigener Haushalt), bisher ungeklärter Ursache?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

BITTE BEACHTEN SIE:

Abstrich erfolgt: sofortige Isolierung, mindestens bis zum Vorliegen Ihres Testergebnisses

Kein Abstrich erfolgt: Dies bedeutet nicht, dass eine Coronainfektion auszuschließen ist. Bitte begeben Sie sich daher vorsichtshalber für **5 Tage in häusliche Isolierung UND mind. bis zu einer Symptomfreiheit von 48 Stunden.**

.....
Datum

.....
Unterschrift