

## Fragebogen Corona – Antigen & PCR – Testung\*

Hannover, 04.11.2020

### Personalien

---

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

### Bitte zutreffendes ankreuzen

1. Anlass des Abstriches:
  - berufliche Gründe (Veranlassung des Arbeitgebers z.B. Dienstreise)  
(wohin .....)
  - In meinem Umfeld wurde eine Kontaktperson positiv getestet
  - Reiserückkehrer  
(welches Land/Region.....)
  
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen sehr engen oder wiederholt weniger engen Kontakt zu:
  - einer gesichert an Covid-19 erkrankten Personen
  - einer positiv mittels Abstrich getesteten Person (möglicherweise ohne Symptome)
    - Antigentest       ja       nein
    - PCR Test       ja       nein
  - Nein, ich hatte keinen wissentlichen Kontakt

Wenn ja, geben Sie bitte Auskunft über die durchgeführten Corona-Schutz-Maßnahmen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • wurden Hygieneregeln eingehalten?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • wurden Masken getragen?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • wurde die Abstandsregel von 1,5m eingehalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • wurde regelmäßig gelüftet?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • wurden Kontaktflächen desinfiziert?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- gab es Möglichkeiten zur eigenen Händehygiene?  Ja  Nein
- haben Sie sich während des Aufenthaltes sicher gefühlt?  Ja  Nein

3. Wurden bei Ihnen selbst bereits ein SARS-CoV-2 Abstrich durchgeführt?  
 Ja  Nein

Wenn ja, welcher:

Antigen  PCR

Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis:  positiv  negativ

Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis:  positiv  negativ

4. Hatten oder haben Sie folgende Symptome?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber              | <input type="checkbox"/> trockener Husten   | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen              |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden     | <input type="checkbox"/> Schnupfen          | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung           |
| <input type="checkbox"/> Geruchsverlust      | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen      | <input type="checkbox"/> Muskel und Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall                  |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen      | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen    |

Wenn ja, bestanden diese Symptome noch innerhalb der letzten 14 Tage?

- Ja  
 Nein, ich hatte keine der vorgenannten Symptome.

Situationsbeschreibung und gewünschtes Vorgehen

---



---



---

Datum

Unterschrift Probandin/Proband

\*Robert Koch Institut

\*Nach den §§ 6,7,8 Infektionsschutzgesetz, sind wir verpflichtet positive Testergebnisse dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

