



CRAILSHEIM

Datenabfrage zur Ermittlung Ihres Quarantänezeitraums

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Ort: _____ Telefon: _____

	Ja	Nein
Hatten Sie typische Symptome für eine Infektion mit dem Coronavirus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für welchen Zeitraum haben Sie eine Krankmeldung? _____

In welchem Zeitraum befanden Sie sich in Quarantäne? _____

Wurde bei Ihnen ein Schnelltest (kein Selbsttest!) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann und welches Ergebnis hatte er? _____

Wurde bei Ihnen ein PCR-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann und welches Ergebnis hatte er? _____

Arbeiten Sie in einer medizinisch-pflegerischen Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum _____ Unterschrift _____