



TSSF COVID-19 FORM-1 Medizinischer Fragebogen zu COVID-19

- 1. Haben Sie sich schon einmal mit COVID-19 infiziert** Ja Nein
- 2. War ein PCR Test zu COVID-19 bei Ihnen positiv?** Ja Nein
- 3. (nur bei PCR-Positivität) Gab es bei wiederholten PCR Tests 2x negative Ergebnisse und/oder Antikörper Positivität?** Ja Nein
- 4. Hatten Sie während der COVID-19 Pandemie eines der folgenden Anzeichen oder Symptome?:**
- Kurzatmigkeit Ja Nein
 - Brustschmerzen / bzw. Schmerzen in der Lunge Ja Nein
 - Trockenen Husten Ja Nein
 - Hohes Fieber Ja Nein
 - Laufende Nase, brennende Halsschmerzen Ja Nein
 - Verlust von Geschmacks- und Geruchssinn Ja Nein
 - Durchfall und Bauchschmerzen Ja Nein
 - Starke Kopf- und Gelenkschmerzen Ja Nein
 - Hautirritationen Ja Nein
 - Heftiges Herzklopfen Ja Nein
 - Schwächeanfälle Ja Nein
- 5. Leiden Sie zur Zeit unter einem der folgenden Symptome?**
- Kurzatmigkeit Ja Nein
 - Brustschmerzen / bzw. Schmerzen der Lunge Ja Nein
 - Trockenem Husten Ja Nein
 - Hohem Fieber Ja Nein
 - Laufender Nase, brennenden Halsschmerzen Ja Nein
 - Durchfall und Bauchschmerzen Ja Nein
 - Starken Kopf- und Gelenkschmerzen Ja Nein
 - Hautirritationen Ja Nein
 - Heftigem Herzklopfen Ja Nein
 - Schwächeanfällen Ja Nein
- 6. Gehören Sie zu einer der folgenden Risikogruppen (bezogen auf COVID-19)?**
- Sind Sie über 50 Jahre alt? Ja Nein
 - Sind Sie (bezogen auf Ihre Größe und Alter) übergewichtig? Ja Nein
 - Rauchen Sie? Ja Nein
 - Leiden Sie an Bluthochdruck? Ja Nein
 - Leiden Sie unter Asthma / COPD? Ja Nein
 - Ist bei Ihnen eine Herz-Kreislaufkrankung diagnostiziert? Ja Nein
 - Haben Sie eine Diabeteserkrankung? Ja Nein
 - Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung diagnostiziert? Ja Nein
 - Nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen? Ja Nein
 - Gibt es Medikamente die Sie regelmäßig einnehmen? Ja Nein
 - Wenn ja, welche:

Vor-und Nachname:

Datum:

Unterschrift: