

<b>COVID-19-Testkriterien</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Atemnot?</b>		
<b>Geruchs- oder Geschmacksstörungen?</b>		
Symptome + <b>Kontakt zu positiven COVID-19-Fall?</b>		
Symptome + <b>Risikogruppe?</b>		
<b>Verschlechterung einer Erkältung?</b>		
Symptome + <b>Arbeit in Pflege, Arztpraxis ; Krankenhaus</b>		
Symptome + <b>zuvor Besuch einer Veranstaltung,</b> ohne Einhaltung der AHA-Regeln		
Symptome + <b>Kontakt zu einer Person mit akuter</b> <b>Atemwegserkrankung im selben Haushalt?</b> <b>7-Tages-Inzidenz ist höher als 35/100 000?</b>		
Symptome + <b>Kontakt zu vielen Menschen /</b> <b>Risikogruppen?</b>		
<b>Warnung durch Corona-Warn-App</b> mit erhöhtem Risiko (rot) erhalten?		
<b>ambulante OP geplant?</b>		
<b>Beschäftigter einer Schule?</b>		
<b>Ausbruch von COVID-19 im Krankenhaus</b> <b>oder Pflegeheim</b> (Definiert vom Gesundheitsamt)		
<b>ambulanter Dialyse geplant?</b>		
<b>Reha geplant?</b>		
<b>Asymptomatische Kontaktperson</b> <b>von einem bestätigten Fall</b>		
<b>Praxispersonal oder Pflegepersonal?</b>		

Datum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_