



COVID-19 Anmeldebogen

Informations- & Diagnostikzentrum Landkreis Konstanz



ANGABEN ZU IHRER PERSON

ANREDE Herr Frau

NAME:

VORNAME:

STRASSE:

PLZ / ORT:

GEBURTSDATUM:

KRANKENKASSE:

Die Versicherungsnummer finden
Sie auf Ihrer Versicherungskarte

VERSICHERUNGS-Nr:

HAUSARZT:

TELEFONNUMMER:

BERUF:

SYMPTOME

Unter welchen der folgenden Symptome leiden Sie (ankreuzen/anklicken) ?

- Husten, Brustschmerzen beim Atmen oder Atemnot
- Schnupfen oder neue Störung des Riechsinn
- Halsschmerzen

AUFENTHALT, BESUCH ODER ARBEITSPLATZ

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem der folgenden Gebäude aufgehalten ?

- nein
- Altenpflegenheim / Kurzzeitpflege / Dialysepraxis
- Krankenhaus / Rehabilitationsklinik

KONTAKTE

Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit Nachweis einer Corona-Virus Infektion?

- ja
- nein

RISIKOFAKTOREN

Sind Sie in dauerhafter medizinischer Behandlung?

- ja, weil
- nein

EINVERSTÄNDNIS und UNTERSCHRIFT (auf dem ausgedruckten Dokument)

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen der Bewältigung der Corona-Virus Pandemie meine Daten an die KV-Baden-Württemberg, den Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz und das Gesundheitsamt Landkreis Konstanz weitergeleitet werden.

_____ (Datum, Unterschrift)