

Versicherte/r:  
Vorgangsnummer:

Geb.datum:

**Fragebogen zur Abklärung des Infektionsrisiko COVID-19 sowie des individuellen Gesundheitszustandes bzw. Risikos.**

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_ ,

bitte beantworten Sie uns folgende Fragen. Haben Sie

aktuell einen fieberhaften Infekt mit Husten, Schnupfen, Hals-/Gliederschmerzen oder Geschmacks-/Geruchsverlust

- nein
- ja, welche Symptome liegen vor .....und seit wann .....

eine Krebserkrankung mit aktuell erfolgender Therapie (wie Chemo- oder Strahlentherapie)

- nein
- Ja, seit wann .....

eine chronische Erkrankung, die zu einer bleibenden Schwächung des Immunsystems geführt hat ?

- nein
- Ja, welche Erkrankung .....

eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz

- nein
- Ja, seit wann .....

eine fortgeschrittene Lungenerkrankung mit körperlichen Einschränkungen, mit medikamentöser Therapie und/oder Sauerstoffpflichtigkeit

- nein
- Ja, welche Erkrankung .....

einen Herzinfarkt gehabt oder eine ausgeprägte Herzschwäche mit Verminderung der Belastbarkeit und medikamentöser Therapie

- nein
- Ja, seit wann .....