Tradition im Blut. Innovation im Kopf. Hohenlohe im Herzen.

CRAILSHEIM

Datenabfrage zur Ermittlung Ihres Quarantänezeitraums

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Ort: _____ Telefon:_____

Grund für Quarantäne: Infizierte Person ☐ Haushaltangehörige(r) ☐ Kontaktperson ☐

	Ja	Nein
Hatten Sie typische Symptome für eine Infektion mit dem Coronavirus?	☐	☐
Wurde bei Ihnen ein Schnelltest (kein Selbsttest!) durchgeführt?	☐	☐
Wenn ja, wann und welches Ergebnis hatte er?	_____	
Wurde bei Ihnen ein PCR-Test durchgeführt?	☐	☐
Wenn ja, wann und welches Ergebnis hatte er?	_____	
Sind Sie vollständig geimpft oder geboostert?	☐	☐
Wenn ja, bitte die Impfungen mit Datum und Impfstoff angeben:	_____	
	_____	
	_____	
Waren Sie in der Vergangenheit bereits an COVID-19 erkrankt?	☐	☐
Wenn ja, wie ist das Datum Ihres damaligen PCR-Tests?	_____	
Haben Sie sich bereits ab dem 7. Tag der Quarantäne freigetestet?	☐	☐
Arbeiten Sie in einer medizinisch-pflegerischen Einrichtung?	☐	☐
Leben noch andere Menschen in Ihrem Haushalt?	☐	☐

Wenn ja, wer? (Vorname, Nachname)

_____

Ort, Datum_____ Unterschrift_____