

COVID-19 – FORMULAR

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Kanton/Land _____
PLZ/Ort _____ Nationalität _____
Telefon _____ E-Mail _____
Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____
Arbeitgeber _____ Beruf _____
Hotel/Ferienwohnung _____
Anreise _____ Abreise _____

Symptome

- Fieber $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ Husten Atembeschwerden Durchfall
 Kopfschmerzen Geruchsverlust Geschmacksverlust
 andere: _____

Beginn

Vorerkrankungen

- Diabetes mellitus Herz-Kreislauf Immunsuppression Nierenerkrankung
 Bluthochdruck Krebs Atemwegserkrankung Übergewicht
 andere: _____

Grösse _____ **Gewicht** _____

Raucher Ja Nein **Schwangerschaft** Ja Nein Unbekannt

Kontakt mit COVID-19 erkrankter Person in den letzten 14 Tagen Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Durch wen? Familie Arbeit als Medizinal-/Pflegepersonal
 Schule/Kindergarten/Krippe andere: _____

Benachrichtigung durch Behörden/Contact Tracing Ja Nein

Bereits in Quarantäne/Isolation? Ja Nein seit wann: _____

Ich habe die Swiss Covid App installiert Ja Nein

Ich möchte das Resultat via E-Mail Ja Nein **Sprache** DE EN FR IT

Ich bestätige hiermit, dass ich sämtliche Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift

COVID-19 – FORMULAR

Kontaktpersonen

Wir wurden vom Kanton verpflichtet, Ihre Kontaktangaben zu erheben. Als Kontaktpersonen gelten sämtliche Personen, zu welchen Sie rückwirkend bis 48 h vor Auftreten der Symptome, auf eine Distanz von weniger wie 2 Metern mehr als 15 min. ohne Schutz Kontakt hatten.

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Für weitere Kontaktpersonen, füllen Sie bitte ein zweites Formular aus.

Bemerkungen/weitere Informationen (z. B. wenn schulpflichtig: Schulhaus? Klasse?)
