



# 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)