

# Atemwegsinfekt: Ersteinschätzung

Nachname:  Vorname:  Alter:  Jahre

## 1. Haben Sie **Symptome**?

**JA:** ↗

**NEIN**, ich habe KEINE Symptome

- Fieber (>38°C)     Halsschmerzen    Verlust von:  Geruch     Geschmack  
 Husten     Luftnot     Schnupfen     Kopf-/Gliederschmerzen  
 Andere:

Wann genau war der **Beginn** der **Symptome**:

## 2. Hatten Sie innerhalb der letzten 21 Tage **Kontakt** mit einem/r **Covid-19-Erkrankten**?

**JA:** ⇒ Wann zuletzt:      **NEIN** ⇒ weiter mit **Frage 4**

2.1.: Sind Sie dem/r Erkrankten über mindestens **15 min näher als 1,5 m** gekommen?

**JA**     **NEIN**

2.2.: Haben Sie sich mit dem/r Erkrankten in einem **schlecht belüfteten Innenraum** aufgehalten?

**JA**     **NEIN**

2.3.: Haben Sie sich mit dem/r Erkrankten in einem **Innenraum** aufgehalten, in welchem Menschen **intensiv atmen** (Sport...), **laut sprechen** (große Gesellschaft, laute Umgebung...) oder **singen** (Chor...)?

**JA**     **NEIN**

2.4.: Hat die **Indexperson** (der/die Covid-19-Infizierte) **Symptome**?

**JA:** ⇒ seit wann?:      **NEIN**     **unbekannt**

2.4.: Haben Sie eine Warnung über einen Kontakt mit hohem Risiko über die **Corona-Warn-App** erhalten?

**JA**     **NEIN**

## 3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem **Covid-19-Risikogebiet**?

**JA:** ⇒ Wo:      **NEIN**

## 4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen an einem **Zusammentreffen mehrerer (> 5-10) Menschen** teilgenommen?

**JA:** ↗

**NEIN**, ich habe an keinem Zusammentreffen teilgenommen

- Familienfeier     Sportstudio/-Club     Chorprobe  
 Hochzeit / Geburtstag     Party     Versammlung  
 Kino/Konzert/Theater     Kneipe / Restaurant     Andere:

5. Wer lebt mit Ihnen im **gemeinsamen Haushalt**?

- Niemand     Lebenspartner/in     Mitbewohner     Kind(er)  
 Andere:

6. Haben Sie – beruflich oder privat – näheren **Kontakt** zu Menschen, die für einen **schweren Verlauf von Covid-19 besonders gefährdet** sind?

**Oder/und** sind **Sie selbst** aufgrund folgender Kriterien besonders **gefährdet**?

Relevant sind v.a. folgende Merkmale/Erkrankungen:

- Alter **>60** Jahre     starkes **Übergewicht**     Tumor-/**Krebs**-Erkrankung  
 Alter **>70** Jahre     **Diabetes** mellitus (Zuckerkrankheit)     **Rheuma**-Erkrankung  
 Alter **>80** Jahre     **Bluthochdruck**     **Raucher**  
 chronische **Lungenerkrankung** (Asthma, COPD...)  
 chronische **Herzkrankung** (Herzschwäche/Herzinsuffizienz, schwere Durchblutungsstörungen der Herzkranzarterien, Herzinfarkt gehabt, Herzklappenfehler...)  
 chronische **Nierenerkrankung**     Dialyse  
 chronische **Lebererkrankung** (Hepatitis...)     Leberzirrhose  
 **Immunschwäche** (unbehandelte HIV-Infektion, Organtransplantation, Behandlung mit immunschwächenden Medikamenten wie Cortison etc.)

7. Was machen Sie **beruflich**?

- arbeitslos/arbeitssuchend     Student(in) / Schüler(in)  
 berufstätig als:   
 ich arbeite von zu Hause

---

Risiko-Datum:	Symptom-Beginn Index:	Symptom-Beginn Patient:	HEUTE: