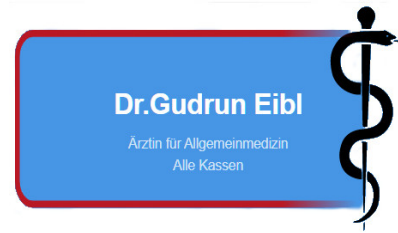


# Ärztlicher Fragebogen vor behördlicher Aufhebung der Quarantäne



Name: \_\_\_\_\_ GeB.Datum: \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

in häuslicher Quarantäne seit: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**In den letzten 48 Stunden litt ich unter folgenden  
Beschwerden:**

	ja	nein	Zeitpunkt des letzten Auftretens
Atemnot oder Kurzatmigkeit...			
...in Ruhe			
...bei Belastung			
Fieber			
Beklemmungsgefühl			
Husten			
Gliederschmerzen			
Abgeschlagenheit			
Halsschmerzen			
Schnupfen			
Kopfschmerzen			
Durchfall/Bauchweh/Übelkeit			
sonstige Beschwerden			

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift