

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Kurs/VBG-Nr.: _____

Name, Vorname (in Druckbuchstaben): _____

von durchführender Stelle einzutragen:

Status „vollständig geimpft“ (1.- und 2.- Impfung); letzte Impfung am _____

negativer Schnelltest einer anerkannten Teststelle (kein Mitarbeitertest!) liegt vor;

Datum _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

JA	
<input type="checkbox"/>	akute Covid-19 Erkrankung
<input type="checkbox"/>	Kontakt zu einem an Covid-19 erkrankten Patienten in den letzten 14 Tagen
<input type="checkbox"/>	Husten
<input type="checkbox"/>	Auswurf
<input type="checkbox"/>	Rhinitis (Nasenlaufen)
<input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen
<input type="checkbox"/>	Fieber > 38° C
<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schüttelfrost
<input type="checkbox"/>	Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schneller außer Atem
<input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Atmen
<input type="checkbox"/>	Luftnot in Ruhe
<input type="checkbox"/>	kein Geruchssinn
<input type="checkbox"/>	kein Geschmackssinn

Sollten Sie einen der oben genannten Punkte mit „ja“ beantworten, können Sie nicht am Lehrgang teilnehmen. Setzen Sie sich bitte mit einem Arzt in Verbindung!

Ort/Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

Unterschrift Ausbilder*in