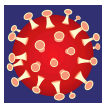

# Corona Symptome

Die Informationen auf dieser Seite wurden sorgfältig recherchiert. Trotzdem können wir keine Gewährleistung für Vollständigkeit, Korrektheit und Aktualität geben und keine Haftung für eventuell eintretende Schäden übernehmen.

In dieser Symptom-Checkliste für das Coronavirus sind Symptome und Risikofaktoren zusammengestellt, die mit einer Infektion mit dem Coronavirus in Verbindung stehen könnten. Anhaltspunkte, die nicht eine Untersuchung durch medizinisches Personal ersetzen.

## Corona-Symptome-Checkliste

**Haben Sie eines oder mehrere der folgenden Symptome:**

| | | |
|---|---|---|
| Fieber (über 38°C)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Schüttelfrost? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Husten? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Sind Sie kurzatmig? Kommen Sie neuerdings bei Alltagstätigkeiten leicht außer Atem? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Fühlen Sie sich neuerdings müde oder abgeschlagen? Müssen Sie sich bereits nach Alltagstätigkeiten ausruhen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Kopf- oder Gliederschmerzen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Schnupfen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie (vorübergehenden) Durchfall? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie einen neu aufgetretenen Verlust des Geruchs- oder Geschmacks-sinns bemerkt? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Halsschmerzen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Leiden Sie unter (vorübergehender) Übelkeit/Erbrechen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie eine Bindehautentzündung / gerötete oder juckende Augen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie Bauchschmerzen? | Ja ☐ | Nein ☐ |



© V10 Günter Stamp 2021

**Kontakte, Diagnosen und Impfungen:**

| | | |
|---|---|---|
| Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne (Sie hatten Kontakt zu einer Person, die positiv auf Corona getestet wurde) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Hatten Sie wissentlich direkten Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde (ca. 15 Minuten face to face)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Sind Sie beruflich oder ehrenamtlich im Krankenhaus, einer Arztpraxis oder in der Altenpflege tätig? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Hatten Sie als Patient in den vergangenen 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Krankenhaus (Stationär/Ambulant), in einer Rehabilitationseinrichtung oder einem Pflegeheim (z.B. auch zur Kurzzeitpflege)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen im Ausland in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie sich in der Saison 2019/2020 einer Grippeschutzimpfung unterzogen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie schon einmal eine Pneumokokken-Impfung bekommen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Wurden Sie bereits auf das Coronavirus getestet? | Ja ☐ | Nein ☐ |

**Persönliche Risikofaktoren:**

| | | |
|---|---|---|
| Sind Sie älter als 60 Jahre? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Rauchen Sie? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie starkes Übergewicht (Adipositas)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Besteht bei Ihnen eine Herzerkrankung (z.B. Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt in der Vorgeschichte)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Besteht bei Ihnen eine Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Besteht bei Ihnen eine chronische Lebererkrankung? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Besteht bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Haben Sie ein geschwächtes Immunsystem (z.B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, wie z.B. Cortison)? | Ja ☐ | Nein ☐ |

**Bei einem möglichen Verdacht vermeiden Sie volle Wartezimmer. Informieren Sie sich telefonisch bei Ihrem Hausarzt beziehungsweise dem hausärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Telefon-Nr. 116117 oder dem zuständigen Gesundheitsamt.**



© V10 Günter Stamp 2021