Check Covid 19 Symptome XYZ AG

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Mitarbeiter-Nr.: |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3

 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

Bitte tragen Sie oben Ihre Mitarbeiternummer ein und markieren Sie darunter die entsprechenden Ziffern.
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bitte markieren Sie Zutreffendes durch Ausfüllen ( ) der Kreise.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hatten Sie in den letzten 24 Stunden eine oder mehrere der folgenden Symptome?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Fieber über 38° |  Schnupfen  |  Gliederschmerzen |
|  Schüttelfrost  |  Halsschmerzen  |  Müdigkeit, Erschöpfung |
|  Dauerhusten  |  Atemnot, Kurzatmigkeit |  Andere Symptome |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die wegen einer Covid 19 Erkrankung oder wegen des Verdachts auf Covid 19 unter Quarantäne standen?**

 Ja Nein

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Waren Sie selbst aus medizinischen Gründen unter amtlicher vorsorglicher Quarantäne?**

 Ja Nein

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In welchem Arbeitsverhältnis stehen Sie zur Firma?**

 Ich bin ein normaler Angestellter der Firma.
 Ich bin ein Leiharbeiter, Angestellter eines Subunternehmens etc.
 Ich bin Praktikant, Ferienaushilfe etc.
 Ich bin ein Besucher.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**