



GESUNDHEIT AROSA

COVID-19-Formular

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Persönliche Angaben

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w

Adresse PLZ/Ort

Kanton/Land

Nationalität

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Arbeitgeber Beruf

Hotel/Ferienwohnung

Anreise Abreise

Symptome

Beginn

Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$
Kopfschmerzen
andere:

Husten
Geruchsverlust

Atembeschwerden
Geschmacksverlust

Durchfall

Vorerkrankungen

Diabetes mellitus
Bluthochdruck
andere:

Herz-Kreislauf
Krebs

Immunsuppression
Atemwegserkrankung

Nierenerkrankung
Übergewicht

Grösse Gewicht

Raucher ja nein Schwangerschaft ja nein unbekannt



Ich hatte Kontakt mit einer erkrankten Person ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Durch wen?	Familie	Schule / Kindergarten / Krippe
	Arbeit	als Medizinal- / Pflegepersonal
	andere:	

Benachrichtigung durch Behörden / Contact Tracing ja nein

Bereits in Quarantäne / Isolation? ja nein seit:

Ich habe die Swiss Covid App installiert ja nein

Ich möchte das Resultat via E-Mail erhalten ja nein
 Sprache DE EN FR IT

Ich bestätige hiermit, dass ich sämtliche Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort, Datum Unterschrift

Kontaktpersonen

Wir wurden vom Kanton verpflichtet, Ihre Kontaktangaben zu erheben. Als Kontaktpersonen gelten sämtliche Personen, zu welchen Sie rückwirkend bis 48 h vor Auftreten der Symptome, auf eine Distanz von weniger wie 2 Metern mehr als 15 min ohne Schutz Kontakt hatten.

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w

Adresse PLZ / Ort

Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w

Adresse PLZ / Ort

Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

Für weitere Kontaktpersonen, füllen Sie bitte ein zweites Formular aus.

Bemerkungen / weitere Informationen (z.B. wenn schulpflichtig Schulhaus und Klasse)



Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht m w
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht m w
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht m w
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht m w
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht m w
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse

Für weitere Kontaktpersonen, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.

Bemerkungen / weitere Informationen (z. B. wenn schulpflichtig Schulhaus und Klasse)

