

## Fragebogen zur Risikoabschätzung

Bitte diesen Fragebogen **vor** Betreten der Ehinger Hebammenpraxis ausfüllen und zurücksenden.  
(auch per Foto über Handy oder Scan an folgende Adresse: praxis@ehinger-hebammenpraxis.de)

Vorname, Name:

Adresse:

Geb.datum:

ET/Geburtsdatum Kind:

1. Leiden Sie oder ihre Familie aktuell an Husten, Fieber, Schnupfen, Gliederschmerzen?

ja

nein

2. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf Covid-19 getestet?

ja

nein

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem der aktuellen Risikogebiete?

(diese sind: Italien, Iran, China, Südkorea, Frankreich, Österreich, Spanien, USA, Landkreis Heinsberg)

ja

nein

4. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen Kontakt zu einer Person, die sich mit Covid-19 (Coronavirus) infiziert hat?

ja

nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift