

Check Covid 19 Symptome

XYZ AG

Name: _____ Tel.: _____

Mitarbeiter-Nr.: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 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?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fieber über 38° | <input type="radio"/> Schnupfen | <input type="radio"/> Gliederschmerzen |
| <input type="radio"/> Schüttelfrost | <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="radio"/> Müdigkeit, Erschöpfung |
| <input type="radio"/> Dauerhusten | <input type="radio"/> Atemnot, Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> 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!