



Institut für Rechtsmedizin
Homburg

FORMBLATT
T_FB_065_01

Probandenselbstauskunft

Datei: T_FB_065_01.DOC

Gültig ab: 09.07.2020

Seite: 1 von 1

Bitte VOR der Entnahme ausfüllen!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Frage	Ja	Nein
Hatten Sie gesichert Kontakt zu einem positiv getesteten COVID-19 Patienten?		
An welchem Tag hat der Kontakt stattgefunden, bitte Datum eintragen: _____		
Haben Sie eines der folgenden Symptome?		
- Husten		
- Halsschmerzen		
- Schnupfen		
- Durchfall		
- Fieber		
- Gliederschmerzen		
- Geruchsverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr wahrnehmen)		
- Geschmacksverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr differenzierbar)		
Wenn Sie Symptome haben seit wann? Bitte Datum angeben: _____		

Hiermit verpflichte ich mich, dem Institut für Rechtsmedizin zu melden, sofern innerhalb von 14 Tagen ab dem heutigen Datum eine der oben stehenden Fragen mit „ja“ beantwortet werden muss.

Dies gilt insbesondere im Falle eines positiven COVID-19-Tests innerhalb dieser Zeitspanne.

Homburg, den _____

Unterschrift