

**Fragebogen G25/G41/FEV**

Name: \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich heute gesund?	JA	Nein
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falls Sie „JA“ ankreuzen müssen ergänzen Sie bitte Ihre Angaben.  Leiden Sie unter:		
Sehstörungen	JA	Nein
Farbsehschwäche (z.B. Rot/Grün Schwäche)	JA (falls JA, bitte umgehend bei Personal melden)	Nein
Bluterkrankungen	JA	Nein
Nierenerkrankungen	JA	Nein
Zuckererkrankung (Diabetes)	JA	Nein
Ohnmacht, Kollaps oder Krampfanfällen	JA	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (inkl. Herzinfarkt/Schlaganfall)	JA	Nein
Endokrinen Erkrankungen	JA	Nein
Neurologischen Erkrankungen	JA	Nein
Epilepsie	JA	Nein
Nervenkrankheiten (auch Psychosen)	JA	Nein
Hörstörungen	JA	Nein
Orthopädischen Erkrankungen (z.B. auch Gelenkersatz)	JA	Nein
Haben Sie eine Schwerbehinderung	JA	Nein
Gefäßerkrankungen	JA	Nein

Asthma	JA	Nein
Erhöhte Tagesschläfrigkeit	JA	Nein
Sekundenschlaf	JA	Nein
Nehmen Sie Drogen?	JA	Nein
Trinken Sie mehr als 1 Bier pro Tag? (Anzahl)	JA	Nein
Nehmen Sie Medikamente (falls ja, welche)	JA	Nein
Leiden Sie unter Höhenangst (G41)	JA	Nein

Fragebogen Covid: Hatten Sie in den letzten Tagen eines der folgenden Symptome?

Geschmacks- und oder Geruchsverlust	JA	Nein
Fieber über 38°	JA	Nein
Anhaltender Husten oder Atemnot	JA	Nein
Halsschmerzen	JA	Nein
Schnupfen	JA	Nein
Abgeschlagenheit, Kopf- oder Gliederschmerzen	JA	Nein
Durchfall	JA	Nein
Wurden Sie bereits auf Covid getestet?	JA Wenn ja, wann? Und Ergebnis:	Nein
Hatten Sie wissentlich Kontakt zu infizierten Personen?	JA	Nein

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird mit der Unterschrift des Probanden bestätigt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Proband