

Fragencheck Präsenztreffen

Version 1.0

Stand: 04.05.2020

Bitte nehmen Sie an keinem Präsenztreffen teil, falls Sie eine der folgenden Fragen mit "ja" beantworten:

Frage	Ja	Nein
Hatten Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage gesichert Kontakt zu einem positiv getesteten COVID-19 Fall?		
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)		

Check questions Face-to-face meetings

Please do not attend a face-to-face meeting if you answer one of the following questions with "yes":

Question	Yes	No
Did you have confirmed contact with a positively tested COVID-19 person within the last 14 days?		
Do you have any of the following symptoms?		
– Cough		
– Sore throat		
– Cold		
– Diarrhea		
– Fever		
– Limb pain		
– Loss of smell (e.g. no longer perceiving burnt food)		
– Loss of taste (e.g. burnt food no longer differentiable)		