



## COVID-19 Selbstabfrage für Schüler\*innen

1. Habe ich Husten, Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen, Durchfall und/oder Erbrechen?
2. Leide ich derzeit unter einem Atemwegsinfekt? (Bronchitis, grippaler Infekt, etc.)
3. Leide ich an Kurzatmigkeit?
4. Leide ich an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?
5. Hat eine Person, die mit mir im gleichen Haushalt lebt (Mutter, Vater, Geschwister, ...), Symptome einer COVID-19 Erkrankung?
6. Wird eine Person, die mit mir im gleichen Haushalt lebt (Mutter, Vater, Geschwister, ...), auf COVID-19 heute/morgen getestet?
7. Hatte ich Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten COVID-19-Fall?
8. Hatte ich direkten physischen Kontakt (z.B. Hände schütteln) mit einem bestätigten COVID-19-Fall?