

Fragebogen Coronavirus-Studie «G2» im Kanton St. Gallen: frühere PCR Untersuchung(en) auf Coronavirus <u>immer negativ</u>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der «G2» Studie im Kanton St. Gallen zur Coronavirus-Pandemie. Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen aufmerksam durch und **machen Sie die entsprechenden Angaben so gut wie möglich**, selbst dann, wenn Sie dabei nur auf Ihre Erinnerung und keine anderen Hilfsmittel (z.B. Handy-Kalender) zurückgreifen können.

Name	Vorname	GebDatum
Wohnadresse		TelNr. (Handy)
E-Mail Adresse		
Coronavirus-Untersuchungen 1. Datum des <u>ersten</u> , negativer weitere Daten negativer Unt	Coronavirus-Abstrichs, wei	
2. Welcher Test wurde durchge	eführt, wenn bekannt:	PCR-Test (RNA Nachweis) / 🗖 Antigen-Schnelltest
Corona-Impfung: 3. Wurden Sie schon gegen da	s Coronavirus geimpft?	ja □ nein □
Falls (ja) Sie schon geimpft 4. Datum der ersten Impfung: 5. Datum der zweiten Impfung		
 6. Welcher Impfstoff wurde ve ☐ BioNTech/Pfizer, Comin ☐ COVID-19 Vaccine Astronom ☐ Anderer Impfstoff, Name 	naty® (BNT162b2) aZeneca (AZD1222)	☐ COVID-19 mRNA Vaccine Moderna (mRNA-1273) ☐ Janssen-Cilag, (Ad26.COV2.S)
		uzen Sie von 7. bis 11. alle zutreffenden Antworten an:
Weil ich Beschwerden hatte Wenn Ja: Anzahl Tage zwis		nd Abstrich: Tage
Weil ich Risikopatient bin		
9. Wegen meiner Arbeit (z.B. in		
10. Weil ich aus einem Risikoge		
11. Weil ich Kontakt zu Persone	·	krankungsverdacht hatte enommen wurde? Bitte nur 1 Antwort ankreuzen. Ich hatte
12 keine Beschwerden	adii <u>bevoi</u> dei Abstildii y	Bitte Hull T Antwort annieuzen.
13 leichte Beschwerden	(z.B. «Pfnüsel»)	
14 mittelstarke Beschwerder		
15 starke Beschwerden	(z.B. «richtig krank»)	



Fragebogen Coronavirus-Studie «G2» im Kanton St. Gallen: frühere PCR Untersuchung(en) auf Coronavirus <u>immer negativ</u>

Welche Art von Beschwerden hatten Sie <u>unmittelbar bevor</u> der Abstrich genommen wurde? Bitte kreuzen Sie unter 16. bis 27. alle Antworten an, die vor dem Abstrich zutrafen. Ich hatte.

Ditto kirouzon olo untoi 101 bio zi i ditto i uni, dio 101 doni i bottion zuti di i i i i i i i i i i i i i i i	
16 keine Beschwerden	
17 Husten	
18 «Schnupfen», Niessen	
19 Halsschmerzen	
20 Übelkeit und / oder Erbrechen	
21 Durchfall	
22 Müdigkeit und / oder Schwäche/Abgeschlagenheit	
23 Muskel- und / oder Gelenkschmerzen	
24 Kopfschmerzen	
25 Geschmacks- und / oder Geruchsstörungen	
26 Hör- und / oder Seh- und / oder Gefühlsstörungen	
27 Fieber	
Verlauf der Beschwerden in den ersten 3 Wochen nachdem der Abstrich genommen wurde. <u>Bitte nur 1 Antwort ankreuzen</u> . Ich habe 28 eine Abnahme oder Verbesserung der Beschwerden erlebt.	
29 zunächst eine Verbesserung erlebt, dann aber wieder neu Beschwerden bekommen	<u> </u>
30 keine Abnahme oder Verbesserung der Beschwerden erlebt, d.h. die Beschwerden sind geblieben.	
Umgebung: Bitte kreuzen Sie unter 31. bis 34. alle Antworten an, die zutrafen. 31. Andere Personen mit vergleichbaren oder grippeähnliche Beschwerden im selben Haushalt.	
•	
32. Andere positiv getestete Person im selben Haushalt.	
33. An meiner Arbeitsstelle haben Andere vergleichbare oder grippeähnliche Beschwerden gehabt.34. An meiner Arbeitsstelle wurden andere Personen positiv getestet.	
Welche Vorerkrankungen hatten Sie bereits zum Zeitpunkt des ersten Abstriches. Bitte kreuzen Sie unter 35. alle die Krankheiten, die bereits zum Zeitpunkt des Abstriches bestanden, an.	
35. Bluthochdruck	<u> </u>
36. Krebs (behandelt oder aktiv, auch chronisch (z.B. «Altersleukämie»))	
37. Diabetes	
38. Lungenerkrankung	
39. Erkrankungen des Immunsystems oder Medikamente zur Verminderung der Immunantwort	
40. Bekannte Herz- oder Gefässerkrankungen	
Rauchen: bitte nur in Zeile 41. oder 42. oder 43. ankreuzen.	
41. Nein, ich habe nie geraucht	
42. Nein aktuell nicht, ich habe aber früher geraucht	
43. Ja. Ich rauche; bitte alle ankreuzen die zutreffen (e-Zigaretten Zigaretten Zigarren, Zigarillos, Pfeife)	
Medikamente	
	nein 🗖
Ort, Datum Unterschrift Studienteilnehmer/in	