

Welche Art von Beschwerden hatten Sie unmittelbar bevor der Abstrich genommen wurde?

Bitte kreuzen Sie unter 16. bis 27. alle Antworten an, die vor dem Abstrich zutrafen. Ich hatte...

- | | |
|--|--------------------------|
| 16. ... keine Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 17. ... Husten | <input type="checkbox"/> |
| 18. ... «Schnupfen», Niessen | <input type="checkbox"/> |
| 19. ... Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 20. ... Übelkeit und / oder Erbrechen | <input type="checkbox"/> |
| 21. ... Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| 22. ... Müdigkeit und / oder Schwäche | <input type="checkbox"/> |
| 23. ... Muskel- und / oder Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 24. ... Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 25. ... Geschmacks- und / oder Geruchsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 26. ... Hör- und / oder Seh- und / oder Gefühlsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 27. ... Fieber | <input type="checkbox"/> |

Verlauf der Beschwerden in den ersten 3 Wochen nachdem der Abstrich genommen wurde.

Bitte nur 1 Zeile ankreuzen. Ich habe ...

- | | |
|--|--------------------------|
| 28. ... eine Abnahme oder Verbesserung der Beschwerden erlebt. | <input type="checkbox"/> |
| 29. ... zunächst eine Verbesserung erlebt, dann aber wieder neu Beschwerden bekommen | <input type="checkbox"/> |
| 30. ... keine Abnahme oder Verbesserung der Beschwerden erlebt, d.h. die Beschwerden sind geblieben. | <input type="checkbox"/> |

Umgebung: Bitte kreuzen Sie unter 31. bis 34. alle Antworten an, die zutrafen.

- | | |
|--|--------------------------|
| 31. Andere Personen mit vergleichbaren oder grippeähnliche Beschwerden im selben Haushalt. | <input type="checkbox"/> |
| 32. Andere positiv getestete Person im selben Haushalt. | <input type="checkbox"/> |
| 33. An meiner Arbeitsstelle haben Andere vergleichbare oder grippeähnliche Beschwerden gehabt. | <input type="checkbox"/> |
| 34. An meiner Arbeitsstelle wurden andere Personen positiv getestet. | <input type="checkbox"/> |

Welche Vorerkrankungen hatten Sie bereits zum Zeitpunkt des ersten Abstriches. Bitte kreuzen Sie unter 35. bis 40. alle die Krankheiten, die bereits zum Zeitpunkt des Abstriches bestanden, an.

- | | |
|--|--------------------------|
| 35. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| 36. Krebs (behandelt oder aktiv, auch chronisch (z.B. «Altersleukämie») | <input type="checkbox"/> |
| 37. Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| 38. Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| 39. Erkrankungen des Immunsystems oder Medikamente zur Verminderung der Immunantwort | <input type="checkbox"/> |
| 40. Bekannte Herz- oder Gefässerkrankungen | <input type="checkbox"/> |

Rauchen: bitte nur in Zeile 41. oder 42. oder 43. ankreuzen.

- | | |
|---|--------------------------|
| 41. Nein, ich habe nie geraucht | <input type="checkbox"/> |
| 42. Nein aktuell nicht, ich habe aber früher geraucht | <input type="checkbox"/> |
| 43. Ja. Ich rauche; bitte alle ankreuzen die zutreffen (<input type="checkbox"/> e-Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren, Zigarillos, Pfeife) | |

Medikamente

- | | |
|--|--|
| 44. Haben Sie zum Zeitpunkt des Abstrichs regelmässig ärztlich verordnete Medikamente eingenommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift Studienteilnehmer/in