



Datum :
Praxis:

Liebe Eltern, diesen Fragebogen können Sie in der kinderärztlichen Praxis ausfüllen oder, wenn Sie einer Teilnahme zugestimmt haben, später wieder zu Hause am Computer. Wenn Sie nach dem Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt oder später die Teilnahme an der Studie ablehnen, werden alle Angaben wieder gelöscht.

A1 Name des Kindes :

A2 Vorname:

A3 Geburtsdatum:

FRAGEBOGEN zur CORKID Studie

(nur zur Ansicht)

© Universitätskinderklinik Bochum

1. Haben Sie diesen Fragebogen schon für ein anderes Kind Ihrer Familie ausgefüllt ?

nein *ja*

2. Wurde bei Ihrem Kind ein Abstrich wegen des Verdachts auf eine Covid19 Infektion gemacht ?

nein *ja* weiß ich nicht

Wenn ja:

2.1. wann :/ 2020

2.2. Wie war das Ergebnis?

negativ *positiv* *weiß ich nicht*

2.3. Wurde der Test wiederholt

nein *ja* weiß ich nicht

Wenn ja:

2.3.1. Wie oft? mal

2.4. Wie war das Ergebnis? immer *negativ* mindestens einmal *positiv* *weiß ich nicht*

3. Hatten Sie oder andere Familienmitglieder seit Februar 2020 Kontakt zu einem COVID- 19 Infizierten oder Erkrankten ?

nein *ja* weiß ich nicht

4. Hatte Ihr Kind in den letzten 3 Monaten einen oder mehrere Infekte (zum Beispiel Grippe-ähnliche Erkrankungen, starke Erkältung, Bronchitis, Halsentzündungen) ?

nein *ja* weiß ich nicht

Wenn ja:

