

Persönliches Profil

1. Bitte geben Sie Ihren Vorname an:

2. Wann wurden Sie geboren?

3. Bitte geben Sie Ihre email Adresse an:

4. Bitte geben Sie Ihre Mobilfunknummer an:

5. Welches Geschlecht wurde Ihnen bei der Geburt zugewiesen?

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Anders
- ☐ Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

Sind Sie gerade Schwanger oder könnte es sein, dass Sie im nächsten Monat Schwanger sind?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6. Stimmt Ihre derzeitige Geschlechtsidentität mit dem Ihnen zugewiesen Geschlecht bei Geburt überein?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich ziehe es vor, nicht zu antworten.

7. Wie alt sind Sie? _____ Jahre alt

8. Wieviel wiegen Sie? _____ lbs

9. Wie gross sind Sie? _____ feet _____ inches

10. Welcher Ethnie entsprechen Sie? (mehrere antworten moeglich)

- ☐ Hispanoamerikaner oder Latino
- ☐ Weiß - Europäisch
- ☐ Asiatisch
- ☐ Schwarz
- ☐ Ureinwohner Amerikas
- ☐ Pazifische Inselbewohner
- ☐ Weiß nicht.
- ☐ Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

11. Leben Sie alleine?

- ☐ Ja

☐ Nein

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus? (Sie selbst eingeschlossen)

(geben Sie 0 ein, wenn es keine sind)

- ☐ ___ unter 3 Jahre
- ☐ ___ 3-6 Jahre
- ☐ ___ 7-17 Jahre
- ☐ ___ 18-25 Jahre
- ☐ ___ 26-40 Jahre
- ☐ ___ 41-64 Jahre
- ☐ ___ 65-79 Jahre
- ☐ ___ 80 Jahre alt oder älter

13. Bitte geben Sie Ihre Adresse an (Nur zur Regionalkodierung).

COVID-19 related questions

14. Wurde bei Ihnen COVID-19 diagnostiziert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

15. Wurden Sie auf COVID-19 getestet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wo wurden Sie auf COVID-19 getestet?

- ☐ Ambulant oder Labor/drive-through
- ☐ Notaufnahme
- ☐ Andere

Wo wurden Sie getestet, falls Sie "Andere" ausgewählt haben?

Hatten Sie Symptome, als Sie getestet wurden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Aus welchem Grund wurden Sie getestet?

- ☐ Mitarbeiter im Gesundheitswesen / Einsatzhelfer
- ☐ Anfällige Familienmitglieder zuhause
- ☐ Anderer

Was sind die "anderen" Gründe aus den Sie getestet wurden?

16. Bitte beschreiben Sie Ihre Symptome:

- ☐ keine
- ☐ Husten, Dauer in Tagen ____
- ☐ Halsschmerzen, Dauer in Tagen ____
- ☐ Fieber (ueber 100.4F), Dauer in Tagen ____
- ☐ Höchsttemperatur ____
- ☐ Schüttelfrost
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Teilweiser Verlust des Geruchssinns
- ☐ Kompletter Verlust des Geruchssinns
- ☐ Teilweiser Verlust des Geschmackssinns
- ☐ Kompletter Verlust des Geschmackssinns
- ☐ Atmungsbeschwerden
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Muskelschmerzen
- ☐ Schnupfen
- ☐ Durchfall
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ erröten Lippen / Gesicht
- ☐ Verwirrung oder Unfähigkeit zu erregen
- ☐ Druck auf der Brust/ Brustschmerz
- ☐ leichte Bindehautentzündung oder rote Augen
- ☐ Bitte geben Sie andere Symptome an:

Wieviele Tag hatten Sie Husten (falls Sie sich erinnern)?

Bitte beschreiben Sie die Art des Hustens:

- ☐ Trocken
- ☐ Flüssig
- ☐ Anders

Datum Ihrer ersten Symptome

Datum an dem Symptome geendet haben (falls bekannt)

17. Waren Sie im Ausland, kurz bevor Sie krank wurden / einer COVID-19-Infektion ausgesetzt / Verdacht auf COVID-19-Infektion hatten?

- ☐ nein
- ☐ ja, Land: _____ genaues Reisedatum (von-bis):

18. Waren Sie einer Person ausgesetzt, bei der bekannt ist oder vermutet wird, dass Sie COVID-19 hat?

- ☐ Ja, bekannt
- ☐ Ja, vermutet
- ☐ Nein
- ☐ Nicht sicher

Allgemeine Gesundheitsfragen:

19. Wie würden Sie Ihren generellen Gesundheitszustand einschätzen?

- ☐ Exzellent
- ☐ Gut
- ☐ Mäßig
- ☐ Schlecht

20. Beschreiben Sie Ihr übliches Mass an sozialen Kontakten, wenn es keine Ausgangsverbote und soziale Distanzierungsmassnahmen gibt.

- ☐ Ich gehe häufig aus (4-7 mal pro Woche).
- ☐ Ich gehe manchmal aus (2-3 mal pro Woche)
- ☐ Ich bleibe hauptsaechlich zuhause (1 mal oder weniger pro Woche)

21. Bitte schätzen Sie von 1-5 ein, wie sehr Sie die Richtlinien der CDC zur sozialen Distanzierung befolgt haben (von 1, nicht befolgt bis 5, alle Richtlinien befolgt)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

22. Hat Ihnen jemals Ihr Arzt oder ein medezinischer Dienstleister mitgeteilt, dass Sie eine der folgenden Erkrankungen haben? (bitte alle zutreffenden angeben)

- ☐ Lungenerkrankung
 - a. Asthma
 - b. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
 - c. Idiopathische Lungenfibrose
 - d. Bronchiektasie
 - e. Alpha-1 antitrypsin Mangel
 - f. Andere Lungenerkrankungen
- ☐ Herzerkrankung
 - a. Angeborene Herzerkrankung
 - b. Coronary artery disease/ history of myocardial infraction
 - c. Congestive heart failure
- ☐ Hypertonie/Bluthochdruck
- ☐ Hyperlipidemia/ hypercholesterolemia
- ☐ Anämie
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Diabetes
- ☐ Fettleibigkeit

- ☐ Gelenkerkrankungen
 - a. Rheumatoide Arthritis
 - b. Osteoarthritis oder Gelenkerkrankung
- ☐ chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Mukoviszidose/zystische Fibrose
- ☐ Chronische Nierenerkrankung
- ☐ Neurologische Erkrankung (z.B. ALS, multiple Sklerose, Parkinson's, Huntington's)
- ☐ Demenz
- ☐ Andere, bitte angeben _____
- ☐ Keine der angegebenen

23. Wurde bei Ihnen jemals ein Organ transplantiert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welches Organ?

24. Wurde bei Ihnen jemals eine mit dem Immunsystem zusammenhängende Erkrankung diagnostiziert?

- ☐ Autoimmunerkrankung (bitte alle zutreffenden angeben) Schilddrüse, Lupus, Multiple Sklerose, Zytopenie, Kolitis/ chronisch-entzündliche Darmerkrankung, andere: _____
- ☐ Inflammatory condition - which one: _____
- ☐ Periodisches/häufiges Fieber
- ☐ Immunschwäche
- ☐ Wiederkehrende Warzen oder virale Infektionen der Haut
- ☐ Saisonale Allergien/Heuschnupfen
- ☐ Nahrungsmittelallergien
- ☐ Fieberbläschen (Lippenherpes)
- ☐ Gürtelrose (Herpes Zoster)
- ☐ Ekzem
- ☐ Urtikaria (Nesselsucht)
- ☐ Keine der angegebenen

25. Bitte geben Sie an, was Sie zurzeit (mindestens einmal pro Woche) einnehmen.

- ☐ Nichtsteroidale entzündungshemmende Mittel oder NSARs (Aspirin, Celecoxib, Diclofenac, Cambia, Cataflam, Voltaren, Diflunisal, Etodolac, Ibuprofen, Motrin, Advil, Indomethacin, Indocin, Ketoprofen, Ketorolac, Nambumeton, Naproxen, Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn, Oxaprozin, Daypro, Piroxicam, Feldene, Salsalat, Disalate, Sulidnac, tolmetin)
- ☐ Acetaminophen (Tylenol, Daquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab)
- ☐ Asthma-Medikamente (Bronchodilatator Ventolin, Albuterol)
- ☐ Oral oder injiziert verabreichte Steroide (Prednison, Methylprednisolon, Dexamethason, Hydrocortison))

- ☐ Inhalative Kortikosteroide (Advair, Beclomethason, Budesonid, Ciclesonid, Flunisolid, Fluticason oder Mometason)
- ☐ Inhalative Bronchodilatoren
- ☐ Medikamente gegen Nervenschmerzen, Gabapetin
- ☐ Diabetesmedikament Metformin
- ☐ Anti-TNF Medikamente (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, others)
- ☐ Blutverdünnende Medikamente (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin oder ähnliche)
- ☐ ACE-Hemmer bei Bluthochdruck (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinpril, etc.)
- ☐ Statine zur Senkung des Cholesterinspiegels (wie z.B. Atorvastatin oder Simvastatin)
- ☐ Angiotensin-Rezeptorblocker bei Bluthochdruck (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)
- ☐ JAK Inhibitoren (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- ☐ Hydroxychloroquine
- ☐ Inhibitoren des IL-6-Signalwegs (sarilumab, tocilizumab, siltuximab, others)
- ☐ Schilddrüsenmedikament levothyroxine
- ☐ Betablocker zur Senkung des Blutdrucks (Metoprolol, Atenolol, Tramadol, ...)
- ☐ Andere _____
- ☐ Keine der angegebenen

26. Haben Sie eine Grippeimpfung in dieser Saison erhalten (letzten 6 Monate)?

- ☐ Ja, Datum (falls Sie sich erinnern)
- ☐ Nein
- ☐ Kann mich nicht erinnern

27. Erinnern Sie sich, wann Sie zum letzten Mal eine Grippe oder Grippe ähnliche Erkrankung hatten vor der COVID Pandemie?

- ☐ Ja, wann? _____
- ☐ Nein

Wurden Sie aufgrund der Grippe ins Krankenhaus eingeliefert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

28. Wie oft bekommen Sie die Grippe oder Grippe ähnliche Erkrankungen?

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Einmal im Jahr
- ☐ Zweimal im Jahr oder öfter

29. Wann haben Sie zum letzten Mal Antibiotika eingenommen?

- ☐ Zurzeit

- ☐ In diesem Monat
- ☐ Im letzten Monat
- ☐ In den letzten 2 Monaten
- ☐ In den letzten 6 Monaten
- ☐ Im letzten Jahr
- ☐ Über ein Jahr
- ☐ Nie/erinnere mich nicht

Personal Lifestyle questions:

30. Nehmen Sie Gelegenheitsdrogen wie Marijuana?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, wie oft? _____

31. Rauchen Sie?

- ☐ Ich habe nie geraucht
- ☐ Ich habe nie regelmäßig geraucht
- ☐ Ich habe früher geraucht, aber ich habe aufgehört.
- ☐ Ich rauche nur selten
- ☐ Ich rauche jeden Tag. Wie viele Zigaretten im Durchschnitt pro Tag: _____

32. Benutzen Sie E-Zigaratten?

- ☐ Noch nie.
- ☐ Noch nie regelmäßig.
- ☐ Früher, aber ich habe aufgehört.
- ☐ Nur selten.
- ☐ Jeden Tag.

33. Wie hoch ist Ihr Bildungsniveau?

- ☐ Grundschule/Grundschule
- ☐ Berufsschule
- ☐ Gymnasium
- ☐ College / Bachelor-Abschluss
- ☐ Master-Abschluss oder höher

34 Welchen Beruf üben sie aus: _____

35. Are you exposed to any particular hazards in your job? Sind Sie bestimmten Gefahren in Ihrem Beruf ausgesetzt?

- ☐ Dämpfe
- ☐ medizinische Einrichtungen
- ☐ Blei
- ☐ Asbest

- ☐ Arbeit, die übermäßigen Schweiß / Dehydration / körperliche verursacht
- ☐ Andere
- ☐ Keine der angegebenen

36. _Was entspricht am ehesten Ihrer üblichen körperlichen Aktivität?

- ☐ Ich lese, sehe fern und erledige Arbeiten, die nicht körperlich anstrengend sind.
- ☐ Ich laufe, fahre Rad oder bin an vielen Tagen in der Woche körperlich aktiv. Dazu gehören unter anderem: Laufen/Wandern, Angeln, Jagen und leichte Gartenarbeit
- ☐ Ich betreibe Ausdauersport für mehrere Stunden pro Woche. Dazu gehören Joggen, Skifahren, Gewichtheben, Gymnastik, Schwimmen, Ballspiele oder körperlich anstrengende Gartenarbeit.
- ☐ Ich trainiere regelmäßig, mehrere Male pro Woche, für den kompetitiven Leistungssport