



CoCoS - Cologne Corona Surveillance

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung zur CoCoS -Untersuchung der Verbreitung der Corona -Infektion (SARS-CoV-2) in der Kölner Bevölkerung teilnehmen.

Sprache/Language?

Deutsch

English

[Wert zurücksetzen](#)

Wie lautet ihr 4-stelliger Identifikationscode ?

* Pflichtfeld

4 Zeichen verbleibend

Welchen Fragebogen wollen Sie ausfüllen?

* Pflichtfeld

Erstfragebogen (zur ersten Speichelprobenabgabe)

Folgefragebogen (zur zweiten Speichelprobenabgabe oder bei zwischenzeitlich auftretenden Corona-spezifischen Krankheitszeichen)

[Wert zurücksetzen](#)

Geben Sie das heutige Datum ein

* Pflichtfeld

Heute D-M-Y

Welches Geschlecht haben Sie?

* Pflichtfeld

Männlich

Weiblich

Divers

Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Wie alt sind Sie?

* Pflichtfeld

Wurden Sie bereits gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft?

* Pflichtfeld

Ja, einmal

Ja, zweimal

Nein

Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

An welchem Datum haben Sie Ihre Speichelprobe genommen?

* Pflichtfeld

Heute D-M-Y

[Absenden / Speichern](#)



CoCoS - Cologne Corona Surveillance

Erstfragebogen

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

[Wert zurücksetzen](#)

Haben Sie eine der folgenden, durch einen Arzt oder eine Ärztin festgestellten Erkrankungen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Gegenwärtig Bluthochdruck (Hypertonie)
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. koronare Herzkrankheit, Zustand nach Herzinfarkt, Herzinsuffizienz/Herzschwäche, Herzrhythmusstörung, Zustand nach Schlaganfall)
- Chronische Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem)
- Gegenwärtig Immunschwäche (z.B. aufgrund einer Erkrankung, Organtransplantation, Chemotherapie oder derzeitigen Einnahme anderer Medikamente wie Cortison)
- Krebserkrankung, wegen der Sie gegenwärtig oder im letzten Jahr behandelt wurden
- Nein, keine dieser Erkrankungen bekannt
- Keine Angabe

Rauchen Sie?

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr
- Ich habe noch nie geraucht
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Wie wohnen Sie?

- In einer Wohnung
- In einem Haus
- Im "betreuten Wohnen" (Seniorenheim, Pflegeheim), einer Gemeinschaftseinrichtung oder Massenunterkunft
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Bitte geben Sie die Größe der Wohnfläche in qm an
(im betreuten Wohnen (Seniorenheim, Pflegeheim),
einer Gemeinschaftseinrichtung oder
Massenunterkunft bitte die Größe des bewohnten
Zimmers angeben):

**Wie viele Mitglieder leben außer Ihnen noch in Ihrem Haushalt (Haushalt bezeichnet die Gruppe von Menschen, mit denen Sie zusammenleben, z.B. Ihre Familie oder eine Wohngemeinschaft)?
Im betreuten Wohnen (Seniorenheim, Pflegeheim), einer Gemeinschaftseinrichtung oder Massenunterkunft bitte die Anzahl, der Personen mit denen ein Zimmer geteilt wird, angeben.**

**Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
(Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu)**

- Keinen Schulabschluss (Schule beendet ohne Abschluss oder noch Schüler)
- Haupt-/Volksschulabschluss, POS 8./9. Klasse oder Abschluss nach 7 Jahren Schulbesuch
- Realschulabschluss, Mittlere Reife, POS 10. Klasse oder gleichwertiger Abschluss
- Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Sind sie zurzeit erwerbstätig (in Voll- oder Teilzeit)?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

**Sind Sie beruflich...
(Mehrfachnennung möglich)**

- in einer Ausbildung/Lehre
- in Umschulung, Bundesfreiwilligendienst, Freiwilliges Soziales/Ökologisches Jahr
- in Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
- arbeitslos gemeldet (ALG I, ALGII)
- Schüler/-innen oder Studierende
- Vorrueständler/-innen, Rentner/-innen
- Angestellter/Arbeitnehmer
- Selbstständig
- Keine Angabe

Hatten Sie seit dem 01. Februar 2020 eine der folgenden Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

- Fieber >= 38°C
- Schüttelfrost
- Müdigkeit
- Muskel-/Gliederschmerzen (Myalgie)
- Halsschmerzen
- Husten
- Schnupfen
- Atemnot, Kurzatmigkeit
- Schmerzen beim Atmen
- Andere Atemwegssymptome
- Kopfschmerzen
- Übelkeit/Erbrechen
- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Geruchs- oder Geschmacksstörungen
- Nein, ich hatte nichts davon
- Keine Angabe

<p>Hatten Sie Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem COVID-19-Virus bestätigt wurde zu der Zeit in der die Person infektiös war bzw. Symptome hatte?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>In der Zeit vom 01. Februar 2020 bis heute, waren Sie da mindestens einmal in häuslicher Quarantäne oder Isolation?</p>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, freiwillig <input type="radio"/> Ja, ärztlich oder vom Gesundheitsamt angeordnet <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Wurden Sie seit dem 01. Februar 2020 schon einmal auf die COVID-19 Erkrankung getestet? Für diesen Labor-Test wird eine Probe (Rachenabstrich) durch den Mund oder die Nase, Sputum (medizinische Begriff für Auswurf) oder Rachenspülwasser gewonnen.</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Wie hoch schätzen Sie selbst Ihr Risiko ein, sich mit COVID-19 zu infizieren?</p>	<input type="radio"/> Sehr wahrscheinlich <input type="radio"/> Wahrscheinlich <input type="radio"/> Unwahrscheinlich <input type="radio"/> Sehr Unwahrscheinlich <input type="radio"/> Weiß ich nicht <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Welche Maßnahmen nehmen Sie selbst in Anspruch, um einer Ansteckung mit COVID-19 vorzubeugen? (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Regelmäßiges Händewaschen <input type="checkbox"/> Tragen eines Mund-Nasen-Bedeckung (Mundschutz) <input type="checkbox"/> Meiden von sozialen Kontakten <input type="checkbox"/> Meiden von Menschenansammlungen <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in meinem Haushalt <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in meinem sozialen Umfeld <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in der Öffentlichkeit <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen an meinem Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Verzicht auf Begrüßungsrituale (Händeschütteln, Umarmungen, etc) <input type="checkbox"/> Nutzen der Corona WarnApp <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Keine Maßnahmen <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wert zurücksetzen	

- In welchen Bereichen sehen Sie sich am ehesten einem potentiellen Infektionsrisiko mit COVID-19 ausgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)**
- Soziale Kontakte/ Freizeitaktivitäten
 - Kontakte mit Mitarbeitenden bei der Arbeit
 - Kontakt mit Kunden/betreuten Personen bei der Arbeit
 - Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
 - Auslandsreise/n
 - Kontakte über Kinder in Ihrem Haushalt, die eine Bildungseinrichtung (Schule, Kita, etc.) besuchen
 - Kontakte über weitere Mitglieder Ihres Haushaltes
 - Sonstiges
 - Weiß ich nicht
 - Keine Angabe

Haben Sie zwischen dem 01. Februar 2020 und heute eine Auslandsreise unternommen?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Werden oder wurden Sie seit 01. Februar 2020 stationär in einem Krankenhaus behandelt?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Bitte geben Sie Ihren 4-stelligen Identifikationscode abschließend erneut ein?

* Pflichtfeld

4 Zeichen verbleibend

[Absenden / Speichern](#)



CoCoS - Cologne Corona Surveillance

Folgefragebogen

Wohnen Sie weiterhin in Köln?

- Ja
 Nein
 Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Hat sich in den letzten 4 Wochen etwas an Ihrer Wohnsituation geändert?

- Ja
 Nein
 Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen beschreiben?

- Ausgezeichnet
 Sehr gut
 Gut
 Weniger gut
 Schlecht

[Wert zurücksetzen](#)

Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine der folgenden Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

- Fieber >= 38°C
 Schüttelfrost
 Müdigkeit
 Muskel-/Gliederschmerzen (Myalgie)
 Halsschmerzen
 Husten
 Schnupfen
 Kurzatmigkeit
 Schmerzen beim Atmen
 Andere Atemwegssymptome
 Kopfschmerzen
 Übelkeit/Erbrechen
 Bauchschmerzen
 Durchfall
 Geruchs- oder Geschmacksstörungen
 Nein, ich hatte nichts davon
 Keine Angabe

Hatten Sie in den letzten vier Wochen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem COVID-19-Virus bestätigt wurde und zwar währende der Zeit, in der die Person wahrscheinlich ansteckende war bzw. Symptome hatte?

- Ja
 Nein
 Weiß ich nicht
 Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

<p>Waren Sie in den letzten vier Wochen mindestens einmal in häuslicher Quarantäne oder Isolation?</p>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, freiwillig <input type="radio"/> Ja, ärztlich <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Wurden Sie in den letzten vier Wochen auf die COVID-19 Erkrankung getestet? Für diesen Labor-Test wird eine Probe (Rachenabstrich) durch den Mund oder die Nase, Sputum (medizinische Begriff für Auswurf) oder Rachenspülwasser gewonnen.</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Wenn sie in häuslicher Gemeinschaft leben: Wurden in Ihrem Haushalt lebende Personen in den letzten vier Wochen auf COVID-19 getestet?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	
<p>Welche Maßnahmen haben Sie in den letzten vier Wochen in Anspruch genommen, um einer Ansteckung mit COVID-19 vorzubeugen? (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Regelmäßiges Händewaschen <input type="checkbox"/> Tragen eines Mund-Nasen-Bedeckung (Mundschutz) <input type="checkbox"/> Meiden von sozialen Kontakten <input type="checkbox"/> Meiden von Menschenansammlungen <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in meinem Haushalt <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in meinem sozialen Umfeld <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen in der Öffentlichkeit <input type="checkbox"/> Halten von 1,5 m Abstand zu anderen Personen an meinem Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Verzicht auf Begrüßungsrituale (Händeschütteln, Umarmungen, etc) <input type="checkbox"/> Nutzen der Corona WarnApp <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Keine Maßnahmen <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wert zurücksetzen	
<p>In welchen Bereichen sehen Sie sich in den letzten vier Wochen am ehesten einem potentiellen Infektionsrisiko mit COVID-19 ausgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Soziale Kontakte/ Freizeitaktivitäten <input type="checkbox"/> Kontakte mit Mitarbeitenden bei der Arbeit <input type="checkbox"/> Kontakt mit Kunden/betreuten Personen bei der Arbeit <input type="checkbox"/> Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Auslandsreise/n <input type="checkbox"/> Kontakte über Kinder in Ihrem Haushalt, die eine Bildungseinrichtung (Schule, Kita, etc.) besuchen <input type="checkbox"/> Kontakte über weitere Mitglieder Ihres Haushaltes <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wert zurücksetzen	
<p>Haben Sie in den letzten vier Wochen eine Auslandsreise unternommen?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe Wert zurücksetzen
Wert zurücksetzen	

Werden oder wurden Sie in den letzten vier Wochen stationär in einem Krankenhaus behandelt?

- Ja
 Nein
 Keine Angabe

[Wert zurücksetzen](#)

Waren Sie in den letzten vier Wochen (Mehrzahl-Auswahl)

- in einem Restaurant oder einem Café?
 in einer Kneipe oder Bar?
 in einer Diskothek oder einem Club?
 im Kino, Theater oder auf einem Konzert?
 in einer Sporthalle, im Fitnessstudio oder Ähnlichem?
 in einer Arztpraxis, bei der Physiotherapie oder Ähnlichem?
 beim Frisör, im Kosmetikstudio oder Ähnlichem?
 keine der Auswahlmöglichkeiten trifft zu

Waren Sie in den letzten vier Wochen auf einer Veranstaltung mit (wenn Sie auf mehreren Veranstaltungen waren, wählen Sie bitte die mit der höchsten Teilnehmerzahl aus)

- weniger als 10 Personen
 11 bis 50 Personen
 51 bis 100 Personen
 mehr als 100 Personen
 Ich war auf keiner Veranstaltung

[Wert zurücksetzen](#)

Haben Sie in den letzten vier Wochen REGELMÄSSIG öffentliche Verkehrsmittel genutzt (Mehrzahl-Auswahl)

- Bahn
 Bus
 Zug
 Taxi/Mitfahrgelegenheit
 Gemeinsame Nutzung von Fahrzeugen (Bspw. "Carsharing")
 Nein

Bitte geben Sie Ihren 4-stelligen Identifikationscode abschließend erneut ein?

4 Zeichen verbleibend

* Pflichtfeld

Absenden / Speichern