

Abklärung eines Covid-19 Verdachtes

Fragebogen für Patienten und Besucher

Bitte vor Betreten der Ambulanz/Station ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Bereich / Station: _____

1. Haben Sie Fieber (Körpertemperatur über 38°C) ?
nein () ja (), seit wann? _____
2. Haben Sie Husten oder Atemnot ?
nein () ja (), seit wann? _____
3. Haben Sie Schnupfen ?
nein () ja (), seit wann? _____
4. Haben Sie Halsschmerzen ?
nein () ja (), seit wann? _____
5. Fühlen Sie sich schlapp oder haben Kopf- und Gliederschmerzen?
nein () ja (), seit wann? _____
6. Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- oder Geschmacksstörungen?
nein () ja (), seit wann? _____
7. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf eine SARS-CoV-2 (Corona)-Infektion testen lassen?
nein () ja (), wann? _____ warum? _____
Ergebnis: negativ () positiv ()
8. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die eine Corona-Infektion haben?
nein () ja (), wann? _____

Ort, Datum_____
Unterschrift