

Covid-19 Fragebogen

Persönliche Daten

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

Ich bin

- Patient Besucher Begleitperson (nur für Notfälle) Sonstige

Ich besuche (Name des Patienten einfügen): _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ein oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit / Luftnot (kürzlich aufgetreten) |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit / Kopf- oder Gliederschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Geruchs- /Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Keine der vorgenannten Symptome | | |

Liegen andere Risikofaktoren vor?

Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten? ja (falls ja, wann _____)

Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne? ja (falls ja, wann _____)

Enger Kontakt mit Menschen, die derzeit an einer akuten Atemwegsinfektion leiden? ja

Keine der vorgenannten Risikofaktoren

Wenn Sie eines der oben genannten Symptome haben, bitten wir Sie von einem Besuch abzusehen.
Die Daten werden nicht weiterverarbeitet. Der Fragebogen wird nach 30 Tagen vernichtet.

Datum _____

Unterschrift _____