

Liebe Patientin, lieber Patient

Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben (bitte füllen Sie alle Felder außer den grau hinterlegten sorgfältig aus):

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Anschrift: _____
 Telefonnummer: _____

Wurden Sie schon auf das Coronavirus getestet? ja wann?..... nein

Ergebnis? **Coronavirus nachgewiesen** geheilt seit.....
 Coronavirus nicht nachgewiesen noch kein Ergebnis

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen...	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieber oder Schüttelfrost?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretene Luftnot?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen? (soweit nicht durch eine Vorerkrankung erklärbar)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen (soweit nicht durch Vorerkrankung z.B. Allergie erklärbar)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Coronavirus infizierten Person (Test auf SARS-CoV2 positiv)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kommen Sie aus einer Pflegeeinrichtung? Wenn ja, aus welcher? Lagen Sie in den letzten 14 Tagen stationär im Krankenhaus? Wenn ja, in welchem?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzrecht.
 Der Fragebogen wird nach einer Frist von 4 Wochen vernichtet.

Datum **Unterschrift**

Temperatur/°C:
 Wird vom Krankenhaus ausgefüllt

Bitte informieren Sie uns sofort, falls Sie innerhalb der nächsten 7 Tage an einer Coronavirusinfektion erkranken!

PatientIn Name:.....

Termin geplante stationäre Aufnahme/ambulante OP/Endoskopie MVZ-Praxis
 Röntgenabteilung Sprechstunde welche?.....

Notfall MVZ-Praxis Notfallambulanz Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte

Datum:.....

Uhrzeit:.....

Unterschrift Mitarbeiter KHS

Stempel der Einrichtung