

Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)
Zu Ihrem und unserem Schutz bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

Name, Vorname des Patienten:
geb. am:

JA NEIN

Haben Sie aktuell allgemeine Erkältungssymptome?

Grippeähnliche Symptome (Schnupfen, Husten, Halsschmerzen,
Geschmacks-/Geruchsstörungen), Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), Atemnot,
Durchfall, Kopf- und Gliederschmerzen

Kontakte

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem ausgewiesenen internationalen
Risikogebiet oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen persönlichen Kontakt zu einer
nachgewiesenermaßen an COVID-19-erkrankten Person oder einer Einrichtung
(Altenheim, Kinderbetreuungseinrichtung, u.ä.)
mit einer Häufung von COVID-19-Fällen?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person,
bei der der Verdacht auf eine Corona-Infektion besteht?

COVID-19-Erkrankung

Sind oder waren Sie ärztlich diagnostiziert an COVID 19 erkrankt?

Beruf

Sind Sie beruflich im Gesundheitswesen tätig?

Test

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf Corona testen lassen?

War das Testergebnis positiv?

Impfung

Sind Sie bereits gegen Corona geimpft?

Erst- oder Zweitimpfung?

Datum der letzten Impfung:

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Sollte es im Laufe der gesamten Behandlungszeit zu Änderungen kommen, werde ich diese umgehend mitteilen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Angaben im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion als Ordnungswidrigkeit geahndet werden können.

Ort, den _____

Unterschrift (ggf. ges. Betreuer/Vertreter)