

Fragebogen Covid-19

Name des/der Patient/-in _____
Geburtsdatum _____

Name der Begleitung _____
Geburtsdatum _____

Beschwerdebild und Abklärung der Symptome

	Patient/-in		Begleitung	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Akute Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen / -kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall / Magen-Darm-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- / Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat jemand in Ihrer Familie die o.g. Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im Risikogebiet bzw. Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann und wo: _____

Wurden Sie schon geimpft bzw. haben Sie schon einen Impftermin?

Bitte teilen Sie uns die Termine mit: _____

Ich / wir bin / sind einverstanden, dass meine Telefonnummer dem Gesundheitsamt gemeldet wird, falls es zu einem Corona-Abstrich kommen sollte.

Datum / Unterschrift

Aufgrund der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist es zur Nachvollziehung der Infektionsketten notwendig, die o. g. Daten über Ihre Person zu erheben, im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung in unserem Hause zu verarbeiten und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen an die zuständigen Behörden weiterzugeben. Verarbeitungszweck ist hierbei neben Ihrer Behandlung, der Schutz der anderen Patienten, Besucher und Mitarbeiter vor einer Infektion mit dem Coronavirus. Dieser Fragebogen wird Teil Ihrer Patientenakte in unserem Hause und entsprechend aufbewahrt.