

SARS-CoV-2 Patientenfragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bitte ankreuzen

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Besteht ein aktuell gültiger Absonderungsbescheid und / oder sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage selbst positiv auf COVID-19 getestet worden?	1
--	--	----------

Hatten Sie innerhalb der letzten 10 Tagen eine / mehrere der folgenden Symptome? Bitte kreuzen Sie die jeweiligen Symptome an.	2
--	----------

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Verlust des Geschmacksinns <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchsinns
--	--

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Entzündung der oberen Atemwege(-Schleimhäute)
--	---

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
--	--

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?	3
---	----------

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie für die Pflege / Versorgung eines COVID-19 Erkrankten zuständig oder haben Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt am selben Ort, z.B. am Arbeitsplatz, im gleichen Haushalt, in der gleichen Wohnung, etc.
--	--

Für RettungspatientInnen aus einer Pflegeeinrichtung	4
---	----------

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ein aktueller (< 24 h) negativer SARS-CoV-2 Antigen / PCR-Testbefund liegt vor
--	---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

Datum _____ Unterschrift _____