

## SARS-CoV-2 Patientenfragebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen

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

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

<b>Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?</b>		<b>3</b>
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.	

<b>Für Besucher*innen</b>		<b>4</b>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ein aktueller (< 48 h) <b>negativer Antigen-Testbefund</b> bzw. ein aktueller (< 72 h) <b>negativer PCR-Testbefund</b> liegt vor	

**Geltende gesetzliche Hygienevorgaben (FFP2-Maske, Händedesinfektion, Abstand) sind strikt einzuhalten!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_