

Abklärung eines Covid-19 Verdachtes

Fragebogen für Patienten und Besucher

Patienten- bzw. Besucherdaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bereich / Station: _____

1. Haben Sie Fieber (Körpertemperatur über 38°C)?
nein () ja (), seit wann? _____
2. Haben Sie Husten oder Atemnot?
nein () ja (), seit wann? _____
3. Haben Sie Schnupfen oder Halsschmerzen?
nein () ja (), seit wann? _____
4. Fühlen Sie sich schlapp oder haben Kopf- und Gliederschmerzen?
nein () ja (), seit wann? _____
5. Haben Sie sich auf eine Coronavirus-Infektion testen lassen?
nein () ja (), wann? _____
6. Hatten Sie Kontakt zu Personen, die eine Corona-Infektion haben?
nein () ja (), wann? _____

Ort, Datum

Unterschrift