

COVID-19 Fragebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Wir alle versuchen, die Verbreitung des Coronavirus einzudämmen. Um dieses Ziel zu erreichen, bitten wir Sie, den Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. Wir danken Ihnen für die wertvolle Unterstützung. Falls sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand (nach dem Ausfüllen des Formulars) geändert hat, bitten wir Sie, uns dies unverzüglich mitzuteilen.

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Termin für: eine Sprechstunde eine Operation Besucher

Fragen zu Krankheitssymptomen:

| | Ja | Nein | Wenn Ja | Bemerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|-------------|
| Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden (2 Tage) eines der nachfolgenden Symptome? | | | | |
| • Husten (meist trocken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |
| • Atemwegsbeschwerden / Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |
| • Fieber, Fiebergefühl, Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |
| • Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |
| • plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |

Fragen zu Covid-19:

| | Ja | Nein | Wenn Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|---|
| • Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder (Selbst-) Isolation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | |
| • Wurde bei Ihnen in den letzten 14 Tagen ein COVID-19 Test durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv (Nachweis von COVID-19) <input type="checkbox"/> negativ (kein Nachweis von COVID-19) |
| • Hatten Sie engen Kontakt mit einer bestätigten oder im Verdacht stehenden COVID-19 Person? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Datum | Bemerkungen: |

Als "enger Kontakt" gelten: Kontakt von <2 Meter und während >15 Minuten, intimer Kontakt, wohnen im gleichen Haushalt, Krankenpflege oder direkter Kontakt mit Atemsekreten oder Körperflüssigkeiten ohne persönliche Schutzmassnahmen.

Ort / Datum: **Unterschrift:**
(Patient oder Angehörige)