

COVID-Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir alle versuchen, die Verbreitung des Corona-Virus 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

Besitzen Sie ein COVID-Zertifikat?

Ja gültig bis ?

→ Bitte **weisen Sie das Zertifikat vor** und beantworten Sie **nur** die Fragen unter **Punkt 1.**

(Zertifikat Kontrolliert durch / Visum Mitarbeiter:)

Nein → Füllen Sie bitte sämtliche **Fragen unter 1. und 2.** aus

1. Fragen zu Krankheitssymptomen

Hatten Sie in innerhalb der letzten 48 Stunden (2 Tage) eines der nachfolgenden Symptome?

	Ja	Nein	Wenn Ja	Bemerkungen
• 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	

2. Fragen zu COVID-19 (nur auszufüllen, wenn kein COVID-Zertifikat vorhanden):

	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	
• Sind Sie gegen das Corona-virus geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1. Impfung am: 2. Impfung am:

Ort / Datum:

Unterschrift:

(Patient oder Angehörige)

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

[Dieser Teil wird von der Klinik ausgefüllt.]

Entscheid durch behandelndes Personal:

*Wenn Fragen zu den Krankheitssymptomen mit Ja beantwortet
→ abklären, ob Behandlung unbedingt erforderlich ist*

- Behandlung durchführen: Ja (welche Massnahmen sind notwendig?) Nein
- keine speziellen Massnahmen notwendig
 - Covid-19 Schutzmassnahmen
 - Behandlung verschieben
 - andere Massnahmen:

Ort / Datum:

Unterschrift:
(behandelndes Personal)

[Fragebogen wird eingescannt und in Patientenakte abgelegt]