

**Fragebogen zum Risiko einer COVID 19 Infektion**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Gesundheitsschutz und zum Schutz unserer Patienten und Mitarbeiter soll das Eintragen oder Verbreiten von Viren SARS-CoV-2 verhindert werden.

Bitte beantworten Sie vor Betreten des Krankenhauses folgende Fragen:

**Name:**.....

**Adresse:**.....

.....

**Telefonnummer:**.....

**Ggf. Name und Station des besuchten Patienten:**.....

Die Erfassung der Daten erfolgt auch zum Zwecke einer eventuell erforderlichen Nachverfolgung, falls ein Patient positiv auf SARS-CoV-2 getestet wird (nach den Erfordernissen des IfSG und unter Einhaltung der DSGVO).

<b>1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veränderungen des Geschmacks- u./od. Geruchssinnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopf – u. Gliederschmerzen (Abgeschlagenheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift