

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, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Grund des Aufenthaltes: _____

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).

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	ja	nein
Husten/Schnupfen	<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- und/oder des Geruchssinnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopf- und Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!

Apolda, _____

Ort / Datum

Unterschrift