

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: _____

Anlass des Aufenthaltes: _____
(stationäre Aufnahme, Arzttermin, Termin ambulante Sprechstunde etc.)

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/Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber und/oder Schüttelfrost	<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. Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lagen Sie in den letzten 14 Tagen in einem anderen Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sind Sie beruflich oder ehrenamtlich im Krankenhaus, in einer Arztpraxis oder in der Altenpflege tätig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wurde bei Ihnen bereits das Coronavirus nachgewiesen? Wenn ja, Wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen? Wenn ja, wann zuletzt? _____ Ergebnis? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Wurden Sie gegen das Coronavirus geimpft? Wenn ja, wie oft (1-mal, 2-mal)? _____ Wenn ja, wann zuletzt? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!

Apolda,
Ort / Datum

Unterschrift