



Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: _____ Vorname: _____

Geb. : _____

PLZ / Wohnort: _____

Tel. : _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Ja Nein

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Haben Sie Grippeähnliche Beschwerden? (Fieber, Husten Atemnot, Halsschmerzen, Halsschmerzen, Durchfall) Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in Regionen, in denen vermehrt Covid-Infektionen auftreten? Ja Nein

Hatten Sie Kontakt ohne Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Mund-Nasen-Schutz (länger als 15 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? Ja Nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen? Ja Nein

Testergebnis: positiv negativ

Testdatum: _____

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- *Alter: 60 Jahre und älter
- Herz-Vorerkrankungen
- Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus
- Onkologischer Patient (Chemotherapie)
- Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., denUnterschrift: