

Selbstauskunftsbogen ambulante und stationäre Patienten

Zum Ausschluss der Eintragung von COVID – 19 (nach interner Risikoklassifizierung)

Der ausgefüllte Bogen wird in den Krankenakten abgelegt.

Das Betreten und der Aufenthalt in der Klinik ist nur mit Mund-Nase-Schutz erlaubt.

BITTE GUT LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND ZUTREFFENDES MARKIEREN

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

ADRESSE:

TELEFONNUMMER:

DATUM:

HABEN SIE AKTUELL:

- | | |
|--|--|
| - TROCKENEN HUSTEN | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - KOPF- und GLIEDERSCHMERZEN | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - ÜBELKEIT; DURCHFALL | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - SCHÜTTELFROST | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - VERLUST DES GERUCHS- und GESCHMACKSINNES | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - FIEBER | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja °C |

Gemessene Körpertemperatur bei Zutritt: °C

Sind Sie ein Reiserückkehrer? (seit dem 09.03.2020) ja nein
falls ja, von wo:

Hatten Sie Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiv getesteten Person oder
haben Sie sich mit einer solchen am selben Ort aufgehalten? ja nein
falls ja, mit wem?:

Arbeiten Sie in einer Pflegeeinrichtung/Arztpraxis/Krankenhaus? ja nein

falls ja, gab es dort in der letzten Zeit eine Häufung an Lungenentzündungen?
aktuell ja nein

Sind Sie selber auf SARS – CoV2 getestet ja nein
wann: **Befund:** pos./neg.

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

.....
Datum, Uhrzeit

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten