

COVID-19-Patientenfragebogen für Patienten der 2. Medizinischen Klinik

Datum:

Patientenname, Geburtsdatum:

Aktuelle Telefonnummer:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Symptome? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Fieber und/oder Schüttelfrost
gemessen: _____ °C | <input type="radio"/> Halsschmerzen/Heiserkeit |
| <input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> Kopf- und/oder Gliederschmerzen |
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Durchfall |
| <input type="radio"/> Schnupfen | <input type="radio"/> akuter Verlust von Geruch
und/oder Geschmack |

Kontakte? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen persönlichen Kontakt zu einer Person mit einer nachgewiesenen Infektion mit dem Corona-Virus?
- Befinden Sie sich derzeit in einer angeordneten Quarantäne?

Weitere Risikofaktoren? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- Leben Sie in einer Pflegeeinrichtung oder werden Sie von einem Pflegedienst/SAPV-Team unterstützt?
- Wurden Sie in den letzten 14 Tagen in einem anderen Krankenhaus, einer Reha-Klinik oder einer medizinischen Einrichtung (z.B. Strahlentherapie/ Dialyse) behandelt?
- Arbeiten Sie selbst in einem medizinischen oder sozialen Bereich?
- Sind Sie in den letzten 14 Tagen außerhalb von Schleswig-Holstein gewesen oder hatten Sie Besuch außerhalb von Schleswig-Holstein bekommen?

Hiermit versichere ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Kiel, den _____ Unterschrift Patient: _____

Vom Personal auszufüllen: wenn ≥ 1 Punkt mit ja beantwortet >>> „grau/schwarz“

„weiß“

V.a. „grau/schwarz“
(Rücksprache Arzt!)

Kiel, den _____ Uhrzeit: _____ Unterschrift MA: _____