

CORONAVIRUS SPEZIELLER ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis treffen wir Vorkehrungen, um für Sie als auch für uns das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion zu minimieren. Zu diesen Vorkehrungen gehört auch das Screening.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt in die Praxis mit oder füllen Sie ihn bei uns in der Praxis aus. Bitte beachten Sie, dass das telefonische Screening durch unser Personal bei der Terminvergabe die anschließende Ausfüllung dieses Fragebogens nicht ersetzt.

NAME	GEBURTSDATUM		
1. Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Fieber?		JA	NEIN
2. Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Husten, Atemnot, Auswurf oder andere Atembeschwerden?		JA	NEIN
3. Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Gliederschmerzen, Müdigkeit oder ähnliche Symptome?		JA	NEIN
4. Leiden Sie unter COVID-19?		JA	NEIN
5. Wurden Sie auf das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) getestet?		JA	NEIN
6. Wenn ja: War der Test positiv?		JA	NEIN
7. Leben Sie mit einer positiv getesteten Person in einem Haushalt?		JA	NEIN
8. Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt zu Personen bei denen ein Verdacht auf COVID-19 vorliegt oder bestätigt wurde?		JA	NEIN
9. Waren Sie in den letzten zwei Monaten in Ländern mit erhöhter Infektionsgefahr (z.B. Italien)?		JA	NEIN
10. Waren Sie in den letzten zwei Wochen im Ausland?		JA	NEIN
11. Haben Sie sonstige Erkrankungen oder medizinisch relevante Ereignisse welche uns noch nicht bekannt sind?		JA	NEIN
12. Wenn ja: Welche?			

Anmerkungen:

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT

UNTERSCHRIFT ARZT