

# Fragebogen COVID-19 Patienten

## Von Patient auszufüllen:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

<b>Ja / Nein (ankreuzen)</b>
----------------------------------

Hatten Sie Kontakt zu positiv getesteten Personen oder einer Person deren Testung auf Coronavirus gerade in Bearbeitung ist?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen derzeit eine behördliche Quarantäneanordnung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie grippeähnliche Symptome (z.B. Fieber, Halsschmerzen)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie Atemwegsbeschwerden (z.B. Kurzatmigkeit, Husten)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

⇒ Sind Sie bereits in der Vergangenheit **positiv getestet** worden und gelten als genesen?  
(Infektion liegt mind. 28 Tage und max. 3 Monate zurück)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

⇒ **oder:** Sind Sie bereits „geboostert“?  
(3x Impfung o. 4x Impfung/„Doppel-Booster“)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann? 3x o. 4x? \_\_\_\_\_

⇒ **oder:** Sind Sie **mindestens 2 x geimpft**?  
(2x Impfung+14 Tage **oder** genesen+1x Impfung+14 Tage)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Hygieneregeln zur Kenntnisnahme:

1. Bitte desinfizieren Sie sich nach Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Bitte desinfizieren Sie sich auch bei Betreten und Verlassen des Patientenzimmers die Hände
2. Tragen Sie, wenn möglich, stets Ihre FFP2-Maske oder Ihren Mund-Nasen-Schutz u. nehmen Sie diese(n) nicht ab
3. Halten Sie stets mindestens 1,5 Meter Abstand zu Ihrem Angehörigen (z.B. verzichten Sie nach Möglichkeit auf Küssen und Umarmungen)
4. Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Personals
5. Vermeiden Sie soweit möglich, Gespräche mit anderen Besuchern und Patienten

**Wir bitten Sie und Ihren Besucher, sich an die Hygieneregeln zu halten.  
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Hygienemaßnahmen in Kenntnis gesetzt,  
angehalten sind diese zu befolgen und die Fragen von Ihnen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.**

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_