

Fragebogen COVID-19 Patienten

Von Patient auszufüllen:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Ja / Nein (ankreuzen)

Sind Sie **momentan positiv auf Covid-19** getestet?

Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Kontakt zu positiv getesteten Personen?

Wenn ja, wann? _____

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

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

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

Wenn ja, wann? _____

⇒ **oder:** Sind Sie bereits vollständig geimpft?
(3x Impfung / „Booster“)

Wenn ja, wann? _____

⇒ **oder:** Sind Sie bereits doppelt o. dreifach „geboostert“?
(4x / 5x Impfung)

Wenn ja, wann? 4x o. 5x? _____

⇒ **oder:** Sind Sie mindestens 2 x geimpft?

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 (vorrangig FFP2-Maske, je nach Gesundheitszustand)
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: _____