



Fragebogen zu einer möglichen Infektion mit dem „Corona-Virus“ (CoVID-19)

PatientIn (Nachname, Vorname): Geb.Datum:

Tel-Nr. für Rückruf: Betreuende/r Ärztin/Arzt:

Bestand innerhalb der letzten sechs Monate eines der folgenden Symptome? Bitte ankreuzen.

Plötzlicher Krankheitsbeginn?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Akute Luftnot	Ja, in Ruhe <input type="radio"/> Ja, bei Belastung <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fieber	Ja $\geq 39^{\circ}\text{C}$ <input type="radio"/> Ja $< 39^{\circ}\text{C}$ <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Abgeschlagenheit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Husten	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gliederschmerzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Halsschmerzen / -kratzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schnupfen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kopfschmerzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Durchfall /Bauchkrämpfe / Übelkeit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Massive Schluckbeschwerden	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ausschlag	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Anderes :		

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten?

Ja, in Nein

Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Fall oder einem Verdachtsfall eines Corona-Patienten gehabt?

Ja Nein

Haben Sie chronische Erkrankungen?

Ja (bitte angeben) Nein

.....

Wie soll die Befundübermittlung erfolgen?

Emailadresse Telefonnummer

.....,

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

geprüft durch: