

COVID-19 Anamnese Patient/-in

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

 ambulant **stationär** **Blutspender/-in** **Temp. °C:** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Waren Sie bereits am neuen Coronavirus/COVID-19 erkrankt? Ja Nein**Falls „Ja“, wann waren Sie erkrankt?** _____**Wer hat die Diagnose gestellt? (Bitte Arztbrief oder Bescheinigung vom Gesundheitsamt vorlegen.)** _____**Wann wurde die häusliche Isolierung aufgehoben?** _____**2. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?** Ja Nein**2.1 Wenn ja, wo?** _____**3. Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Geruchs-/Geschmacksverlust |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Glieder-/Muskelschmerzen | |

4. Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage: Ja Nein**5. Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?** Ja Nein**6. Gab es einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage?** Ja Nein**7. Sind Sie Bewohner eines Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenerkrankung in dem es in den letzten 14 Tage COVID-19 Fälle gab?** Ja Nein**8. Sind Sie beruflich in einer Pflegeeinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig in denen COVID-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung Sie eingebunden waren?** Ja Nein

Es wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind und sich zum Zeitpunkt der Aufnahme/Behandlung keine Veränderungen ergeben haben:

Datum/Uhrzeit: _____ Unterschrift Patient/-in oder Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter

Entscheidung Arzt über ambulante/stationäre Behandlung: Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin

*Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantworten, kontaktieren Sie uns vorab telefonisch oder sprechen unsere Kollegen/-innen im Eingangsbereich an. Vielen Dank.