

COVID-19 Anamnesis visitor/accompanying person/carer

COVID-19 Anamnese Besucher/-innen/Begleitperson/Sorgeberechtigte/-r

 Vistor

Besucher/-innen

 Accompanying person

Begleitperson

 Carer

Sorgeberechtigte/-r

 Other: _____

Sonstiges

 Last name: _____ First name: _____
 Name Vorname

 Telephone number: _____ Temp. ° C: _____
 Telefonnummer

Which patient is accompanied/visited?

Welcher Patient wird begleitet/besucht?

 Name of the patient: _____
 Name des Patienten/der Patientin

Dear visitor/accompanying person/carer

Sehr geehrte/-r Besucher/-innen/Begleitperson/Sorgeberechtigte/-r,

For your own protection, the protection of patients and clinic staff, we would ask you to answer the following questions:

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

1. Have you already been ill with the new coronavirus/COVID-19?

Waren sie bereits am neuen Coronavirus/COVID-19 erkrankt?

 Yes No
 Ja nein

If "yes," when were you sick?

Falls „Ja“, wann waren Sie erkrankt? _____

Who made the diagnosis?

Wer hat die Diagnose gestellt? _____

When was the quarantine lifted?

Wann wurde die Quarantäne aufgehoben? _____

2. Do you currently have or have you had the following symptoms in the last 14 days? Please tick the appropriate box:

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:

 Fever > 38 °C

Fieber

 Sore throat

Halsschmerzen

 Shortness of breath

Atemnot

 Headache

Kopfschmerz

 Cold

Schnupfen

 Loss of smell/taste

Geruchs-/Geschmacksverlust

 Diarrhoea/Nausea

Durchfall/Übelkeit

 Dry cough

Trockener Husten

 Limb/muscle pain

Glieder-/Muskelschmerzen

 Allgemeines Krankheitsgefühl

Allgemeines Krankheitsgefühl

 Shaking chill

Schüttelfrost

3. Have you been in contact with people in quarantine within the last 14 days:

Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage:

 Yes No

Ja Nein

4. Have you been in contact with a confirmed COVID-19 case within the last 14 days?

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?

 Yes No

Ja Nein

5. Are you a resident of a nursing home, nursing flat share or mass accommodation where there have been COVID-19 cases in the last 14 days?

Sind Sie Bewohner eines Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage COVID-19 Fälle gab?

Yes No
Ja Nein

I herewith confirm that the information provided is correct and that no new aspects have arisen:

Es wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind und sich keine neuen Aspekte ergeben haben:

Date
Datum

Signature
Unterschrift

Signature of staff
Unterschrift Mitarbeiter/-in

