

**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

 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. Was there a stay in another hospital within the last 14 days?**  Yes  No  
Gab es einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage?  
Ja  Nein
- 6. 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?**  Yes  No  
Sind Sie Bewohner eines Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage COVID-19 Fälle gab?  
Ja  Nein
- 7. Are you working in a nursing home, medical practice or hospital where COVID-19 cases have occurred and in whose care you have been involved?**  Yes  No  
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

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