

COVID-19 anamnesis patient

COVID-19 Anamnese Patient/-in

 Last name: _____ First name: _____
 Name Vorname

 Telephone number: _____ Date of birth: _____
 Telefonnummer Geburtsdatum

 Outpatient **Inpatient** **Blood donor** **Temp. °C:** _____
 Ambulant stationär Blutspender/-in

Dear Patient,

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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?** Yes No
 Waren sie bereits am neuen Coronavirus/COVID-19 erkrankt? Ja nein

If "yes," when were you sick? _____

Falls „Ja“, wann waren Sie erkrankt?

Who made the diagnosis?(Please present a doctor's letter or certificate from the health authority) _____

Wer hat die Diagnose gestellt? (Bitte Arztbrief oder Bescheinigung vom Gesundheitsamt vorlegen)

When was the quarantine lifted? _____

Wann wurde die Quarantäne aufgehoben?

- 2. Have you been abroad in the last 14 days?** Ja Nein
 Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?

2.1 If yes, where? Wenn ja, wo? _____

- 3. 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever > 38 °C
Fieber | <input type="checkbox"/> Sore throat
Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Shortness of breath
Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Loss of smell/taste
Geruchs-/Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Diarrhoea/Nausea
Durchfall/Übelkeit | <input type="checkbox"/> Dry cough
Trockener Husten |
| <input type="checkbox"/> Limb/muscle pain
Glieder-/Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankheitsgefühl
Allgemeines Krankheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Shaking chill
Schüttelfrost |

- 4. Have you been in contact with people in quarantine within the last 14 days:** Yes No
 Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage: Ja Nein

- 5. Have you been in contact with a confirmed COVID-19 case within the last 14 days?** Yes No
 Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage? Ja Nein

- 6. 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

7. 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

8. 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 patient or guardian / legal representative

Unterschrift Patient/-in oder Sorgeberechtigter/ gesetzlicher Vertreter

Doctor's decision about outpatient/inpatient treatment:

Yes No

Entscheidung Arzt über ambulante/stationäre Behandlung

Ja Nein

Date: _____

Datum

Signature of doctor

Unterschrift Arzt/Ärztin

* If you answer one of the questions with "yes", please contact us in advance by telephone or speak to our colleagues in the entrance area. Thank you very much.