

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"/> Headache
Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Cold
Schnupfen | <input type="checkbox"/> Dry cough
Trockener Husten |
| <input type="checkbox"/> Loss of smell/taste
Geruchs-/Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Diarrhoea/Nausea
Durchfall/Übelkeit | |
| <input type="checkbox"/> Limb/muscle pain
Glieder-/Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> General feeling of illness
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.