

CoViD-19 Anamnese

Helios Klinikum Meiningen

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

.....

Infektion mit CoViD-19 / Corona - Testung

Haben Sie eine Infektion durchgemacht ?

ja nein

→ Falls „ja“: Ist die Bescheinigung mindestens 28 Tage jedoch höchstens 6 Monate alt?

ja nein

Liegt ein negativer Abstrich auf Sars-Cov-2 vor (nicht älter als 48 Stunden)

ja nein

Impfung

Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft?

ja nein

→ Falls „ja“: 1. Impfdatum

2. Impfdatum

3. Impfdatum

Anamnese

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Fieber > 38 °C

Atemnot

Abgeschlagenheit

Kopfschmerz

Trockener Husten

Durchfall

Halsschmerz

Schüttelfrost

Verlust des Geruchssinns

Schnupfen

Gliederschmerzen

Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt zusammen leben) innerhalb der letzten 14 Tage:

ja nein

Kontakt zu bestätigtem CoViD-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage:

ja nein