

COVID-19 Anamnese Patient-in

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

 ambulant **stationär**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Waren Sie bereits am Coronavirus/an COVID-19 erkrankt? Ja Nein

Falls „Ja“, wann wurde die häusliche Isolierung aufgehoben? _____

**2. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem RKI-Risiko-
gebiet?** Ja Nein

3. Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft? Ja Nein

Falls „Ja“, 1. Impftermin _____ 2. Impftermin: _____

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Geruchs-/Geschmacksverlust |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Glieder-/Muskelschmerzen | |

5. Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage: Ja Nein

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

7. Gab es einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage? Ja Nein

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

9. 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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben korrekt sind.

Datum/Uhrzeit: _____ Unterschrift Patient/-in oder Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter _____

Entscheidung Arzt über ambulante/stationäre Behandlung: Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin _____

*Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantworten, kontaktieren Sie uns vorab telefonisch oder sprechen unsere Kollegen/-innen im Eingangsbereich an. Vielen Dank.