

## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \*: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration BW ausgewiesenem Risikogebiet im Ausland (Reisewarnung)?

- Nein
- Ja

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

- Nein
- Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein
- Falls ja, Testergebnis:  positiv      Testdatum: \_\_\_\_\_  
 negativ

Sind Sie erkrankt?

- Nein
- Ja und zwar an:  
 Halsschmerzen       Husten       Fieber  
 Durchfall       Luftnot       Geschmack- und

Geruchslosigkeit  
Falls ja seit wann:

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter: 60 Jahre und älter
- Herz-Vorerkrankungen
- Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus
- Onkologischer Patient (Chemotherapie)
- Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den ..... Unterschrift: ..  
(Ort) (Datum)