

## 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 vom Auswärtigen Amt ausgewiesenen Risikogebiet?

- Nein  
 Ja

Hatten Sie Kontakt ohne Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Mund-Nasen-Schutz (länger als 15 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

<https://www.rki.de>

- Nein  
 Ja

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

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

Sind Sie erkrankt?

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

Geruchslosigkeit  
Falls ja seit wann:

Haben Sie einen vollständigen Impfschutz?

- Nein  
 Ja

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

....., den ..... Unterschrift: .....

(Ort)

(Datum)