

Patienten-Fragebogen – COVID 19

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 aufgrund der momentanen Corona-Pandemie ist es erforderlich in die Kliniken Ostalb aufzunehmende Patienten zu befragen, ob Sie derzeit unter Beschwerden in Zusammenhang mit einer COVID 19 Erkrank haben oder gegebenenfalls Kontakt zu einer erkrankten oder verdächtigen Person mit COVID 19 haben. Bitte beantworten Sie uns dazu folgenden Fragebogen vollständig.

Patient: (Name, Vorname, Geb.Datum, Adresse, Telefon)	Stempel der Abteilung/Ambulanz mit Telefonnr. für Rückfragen
--	---

Ambulanztermin am: Ambulanz (Abtl.):

Abstrichtermin erforderlich: nein ja am:..... Befund: pos. neg.

Stationärer Aufnahmetermin am:.....

		1 Tag vor Ambulanztermin	(2 Tage vor Aufn.) Abstrich-Tag	1 Tag vor Aufnahme
		Datum	Datum	Datum
Haben Sie neu aufgetretenen ...				
Symptome	Geruchs- oder Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Fieber (Körpertemperatur > 37,5°C)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<u>trockenen</u> Husten, Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Atemwegsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Durchfall	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kontakte	Gibt es Personen in Ihrem direkten Umfeld, die sich derzeit in häuslicher Quarantäne mit COVID 19 befinden oder an COVID 19 erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Unterschrift Patient/in	
	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die sich in häuslicher Quarantäne mit COVID 19 befindet oder an COVID 19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

Check-Up Klinikkontrolle	Haben sich Änderungen zu den oben genannten Angaben zum heutigen Tag ergeben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, welche:			

➔ Sollte eine Frage mit „Ja“ beantwortet sein, rufen Sie bitte im Sekretariat an.

Hiermit erhalten Sie meine Einverständniserklärung zur Blutabnahme und zur Durchführung einer serologischen Untersuchung auf Covid-19-Antikörper. Ja Nein

Auf die Einhaltung der häuslichen Isolation bis zum Eingriff wurde ich hingewiesen. Ja Nein
 Ein Merkblatt wurde mir ausgehändigt.

 Datum / Unterschrift Patient