

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 ausgewiesenen **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)