

Erweiterte Patientenbefragung – Corona-Anamnese

Herzlich Willkommen !

Aus aktuellem Anlass legen wir Ihnen diesen zusätzlichen Anamnesebogen, den Sie bitte wahrheitsgemäß ausfüllen und unterschreiben, vor.

Danach wird entschieden, ob eine Behandlung erfolgen kann und Sie in unserem Wartebereich Platz nehmen können.

Patient:

ggf. gesetzlicher Vertreter

Vater (bitte ankreuzen) Mutter

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum _____

Anamnese (zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Geschmacks – oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kurzatmigkeit/Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Muskel-/Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber (über 38 Grad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome (wie Husten, Schnupfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Durchfall oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Schutzimpfung gegen COVID-19 erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter/-in