

Fragebogen Patienten zum COVID-19 Abstrich

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Mit der Anmeldung zur Testung benötigen wir Ihre Informationen. **Sie MÜSSEN diesen Fragebogen gut lesbar, korrekt und vollständig ausfüllen** (ansonsten werden wir den Test nicht durchführen).

Personalien:

Vorname/Name:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Adresse:

Handy-Nummer:

Festnetz-Nummer:

E-Mail:

Nationalität:

Datum und Unterschrift:

Beschwerden (alle Zutreffenden bitte unterstreichen):

Beginn der Beschwerden (Datum):

keine

Husten

Atemnot

Brustschmerzen

Fieber

fehlender Geschmack

Kopfschmerzen

Gliederschmerzen

Übelkeit

Erbrechen

Durchfall

Hautausschlag

Andere / Bemerkungen:

Ergänzende Informationen (Zutreffendes unterstreichen):

Sind Sie bereits in Quarantäne nein / ja; seit wann:

Leben Sie in einer Institution (Pflegeheim u.a.): nein / Ja: welche (mit Adresse):

Schwangerschaft ja / nein Raucher ja / nein

Arbeit als Medizinal- oder Pflegeperson: ja / nein

Beruf und Arbeitgeber (Adresse!):

Ort mögliche Ansteckung:

Wann könnte der Kontakt stattgefunden haben

unbekannt bekannt: möglichst genaues Datum und Zeit:

Wo könnten sie sich angesteckt haben (Zutreffendes unterstreichen):

keine Ahnung

Familie

bei der Arbeit

Pflegeinstitution: dessen Name/Adresse:

Freizeit: privates Fest

Disko/Club

Bar/Restaurant

Veranstaltung: Demo

andere Veranstaltung

spontane Menschenansammlung

möglichst genaue Angabe zum Ansteckungsort:

Kontakt mit an COVID betroffener Person: ja / nein; wenn ja wann und wo sowie wenn möglich Person

Auslandaufenthalt letzte 2 Wochen VOR Beginn Beschwerden: nein / ja: wann und wo:

Reise mit (Zutreffendes unterstreichen): Flugzeug / Schiff / Bahn / Car-Bus / Auto / anderes: