



Checkliste: Sprechstunde/ Aufnahme standardisierte Fragen bzgl. Anzeichen 2019-nCoV-Infektion	
	Stand: 05.06.2020

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Besucherin, lieber Besucher,
zu Ihrer und unserer Sicherheit möchten wir Sie bitten, uns folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Bei Besuchern:

Name der zu besuchenden Person: _____

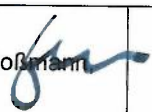
Station und Zimmernr. _____ Uhrzeit: _____

Fragen:	Ja	Nein
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Husten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Luftnot ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem plötzlichen Geruchs- /Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wohin ? (mit Ortsangabe und Land)		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit Coronavirusinfektion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass ich die Aushänge zur Besucherregelung zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe. Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Vielen Dank für Ihre Auskunft.

Datum _____

Unterschrift Patientin/ Patient o. Besucherin/ Besucher _____

Verfasser: ZKHH Freigeber: Herr Dr. Gloßmann H. Dr. Meißner		Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!	Seite 1 von 1
---	---	---	---------------