



Checkliste: Sprechstunde/ Aufnahme standardisierte Fragen bzgl. Anzeichen 2019-nCoV-Infektion	
	Stand: 16.12.2020

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: _____

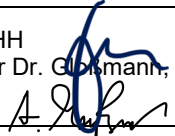
Station und Zimmernr. _____ Uhrzeit: _____

Fragen:	Ja	Nein
Haben Sie in der Vergangenheit eine Coronavirusinfektion durchgemacht/ bzw. hatten Sie einen positiven SARS-CoV-2-Test? Wenn ja: Sind Sie weiterhin SARS-CoV-2 positiv bzw. Ihnen liegt kein negativer Befund 14 Tage nach positiver Testung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Glöckmann, H. Dr. Meißner 	Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!	Seite 1 von 1
--	---	---------------