

Corona | Screening-Algorithmus elektiv (COVID-19) Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Rufnummer: _____

Straße: _____ PLZ/Stadt: _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Symptome	Bitte ankreuzen
• Fieber > 38 °C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Luftnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Geschmacks- / Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Erbrechen / Durchfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Symptome	Bitte ankreuzen
• Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit bestätigtem COVID-19-Nachweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Sind Sie in den letzten 14 Tagen aus einem Risikogebiet gemäß der RKI-Liste (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html) eingereist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient