

COVID-19 Besucheranamnese

Persönliche Daten:

Name/Vorname _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Festnetznummer: _____ Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Besucher Patient:

Name/Vorname: _____

Station: _____

Datum/Uhrzeit des Besuchs: _____

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,
zum Schutz von Patienten, zu Ihrem eigenen Schutz und dem Schutz von Klinikmitarbeitern bitten wir Sie, vorsorglich folgende Fragen ehrlich zu beantworten:

Anamnese		
Leiden Sie an einer akuten COVID-19-Erkrankung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> Fieber > 37,5 °C	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> nicht erklärbare Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Trockener Husten	<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Verlust des Geruchs-/ Geschmackssinns
<input type="checkbox"/> Schnupfen (keine Allergie)	<input type="checkbox"/> Gliederschmerzen	
Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass ich durch vorsätzliche Falschangaben Patientenleben gefährden kann und dies strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Datum, Unterschrift Besucher/in