

Liebe Patientin, Lieber Patient!

bitte beantworten Sie unten ausgeführte Fragen. Das ausgefüllte Formular gilt als Eintrittsausweis für unsere Praxis. Diese Form der Zugangskontrolle dient Ihrem und dem Gesundheitsschutz Ihrer Mitmenschen. Wenn Sie eine Begleitperson benötigen, auch Ihre Daten müssen ausgefüllt werden. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

COVID-19 FRAGEBOGEN ZUM BESUCH UNSERER PRAXIS

Nachname, Vorname der Patientin / des Patienten:

geb. am: _____

weiblich

männlich

Straße/Hausnr.:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

mit Begleitperson? nein ja

COVID-19 Abfrage Patient, Auszufüllen von Patient

Standen Sie in den letzten Wochen unter Quarantäne?

nein

ja

Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind?

nein

ja

wann?

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen außerhalb Deutschlands aufgehalten?

nein

ja

wo?

Haben Sie aktuell Symptome?

Fieber

Halsschmerzen

Starke Kopfschmerzen

Durchfall

Muskelschmerzen

Geruchs- oder Geschmacksverlust

Geschmacksverlust

Gliederschmerzen

Schnupfen

Starkes Müdigkeits-/Krankheitsgefühl

Husten

Atemnot

Thoraxschmerzen

keine der oben aufgeführten

Nehmen Sie aktuell fiebersenkende Medikamente?

nein

ja

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Falschangaben sind ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewährt und können nachverfolgt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Nachname, Vorname Begleitperson

geb. am: _____

weiblich

männlich

Straße/Hausnr.:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

COVID-19 Abfrage Begleitperson, Auszufüllen von Begleitperson

Standen Sie in den letzten Wochen unter Quarantäne?

nein

ja

Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind?

nein

ja

wann?

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen außerhalb Deutschlands aufgehalten?

nein

ja

wo?

Haben Sie aktuell Symptome?

Fieber

Halsschmerzen

Starke Kopfschmerzen

Durchfall

Muskelschmerzen

Geruchs- oder Geschmacksverlust

Geschmacksverlust

Gliederschmerzen

Schnupfen

Starkes Müdigkeits-/Krankheitsgefühl

Husten

Atemnot

Thoraxschmerzen

keine der oben aufgeführten

Nehmen Sie aktuell fiebersenkende Medikamente?

nein

ja

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Falschangaben sind ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewährt und können nachverfolgt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Begleitperson