



Eingangskontrolle

Coronavirus-Fragebogen ambulante(r) Patientin / Patient

MVZ: Krankenhaus:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift: Tel.-Nr.:

Fragebogen:	Nein	Ja
Hatten Sie eine nachgewiesene Corona-Erkrankung (pos. Testergebnis) in den letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer COVID-19 erkrankter Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie aktuell typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus?		
• Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber ($\geq 38^\circ$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Geruchs- / Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Halsschmerzen / Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kopfschmerzen / Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls einmal Ja angekreuzt wurde, ist leider ein Betreten des Krankenhauses / MVZ nicht möglich!		

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden!
 Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten 30 Tage aufbewahrt und im Falle einer Infektion an das Gesundheitsamt weitergegeben werden!

Datum:

.....

Unterschrift Patient*in