

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**








auch in den schwierigen Corona Zeiten möchten wir Sie sicher bei uns im Krankenhaus versorgen können und eine mögliche Besiedelung oder Infektion mit Corona (Covid-19 bzw. SARS-CoV-2) frühzeitig erkennen.

Dazu benötigen wir Ihre Mithilfe und bitten Sie folgende Fragen zu beantworten:

Name \_\_\_\_\_


Geburtsdatum \_\_\_\_\_



Innerhalb der letzten 14 Tage:		Ja	Nein
Hatte ich Kontakt zu Personen mit nachgewiesenen Covid-19 Erkrankungen oder war in einem ausländischen Risikogebiet?			
Befinde ich mich in häuslicher Quarantäne?			
Hatte ich trockenen Husten und Schnupfen (nicht allergisch bedingt)?			
Hatte ich merklich Fieber?			
Hatte ich Geruchs- oder Geschmacksverlust?			
Hatte ich Anfälle von Luftnot?			
Hatte ich Muskel- oder Halsschmerzen?			

Wurde eine der Fragen mit **ja** beantwortet, ist der behandelnde Arzt zur Risikoabwägung hinzuzuziehen.

Vor einer geplanten oder erneuten Aufnahme oder Behandlung bei uns, sollten Sie sich die oben genannten Fragen täglich selbst stellen und bei Auffälligkeiten uns telefonisch kontaktieren. Sollte bei Ihnen innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung eine Covid-19 Erkrankung diagnostiziert werden, sind Sie verpflichtet uns sofort zu informieren.

Wurden Sie gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft?		Ja	Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Angaben zur Begleitperson (Die Begleitperson darf nur eintreten, wenn die oben gestellten Fragen ebenfalls mit nein beantwortet werden)			
Name:	Vorname:	Adresse:	Telefon:

Bei Bedarf von medizinischem Fachpersonal auszufüllen:

HF:    SP02:    Temp: