



Patientenname: .....  
 Geb. am: .....  
 Telefon: .....  
 Erhebungsdatum: .....  
 Hat Untersuchungstermin am ... .. 2021  
 vereinbart am ... .. 2021

## CORONA-Checkliste

Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen	Ja	Nein
Fieber > 38 Grad		
Husten		
Kurzatmigkeit		
Allgemeine grippale Symptome:		
Schnupfen		
Gliederschmerzen		
Abgeschlagenheit		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		
Durchfall		
Übelkeit/Erbrechen		
Risikofaktoren COVID-Kontakt	Ja	Nein
Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten Wann _____		
Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne (inkl. Familienmitglied/er) Wann _____		
Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? Wann _____ Ergebnis: negativ / positiv		
Haben Sie eine SARS-Co-V2-Infektion durchgemacht? Wann sind Sie genesen? _____		
Haben Sie eine Schutzimpfung gegen COVID-19 erhalten? Wenn ja, welchen Impfstoff haben Sie erhalten? _____		
Datum der Erstimpfung _____ Zweitimpfung: _____		
Epidemiologische Risikofaktoren	Ja	Nein
Arbeiten Sie in einem medizinischen/pflegerischen Beruf?		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? <input type="checkbox"/> Risiko/Hochrisikogebiet <input type="checkbox"/> Virusvariantengebiet		
Waren Sie in den letzten 4 Wochen stationär in einem Krankenhaus/Reha-Einrichtung?		
Wohnen Sie in einem Alten-/Pflegeheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft?		

\_\_\_\_\_  
Aufnehmender Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Patienten Unterschrift