



Fragebogen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrter Patient, im Rahmen des Gesundheitsschutzes bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Haben Sie **aktuell** eine der folgenden **Beschwerden**: Husten, Fieber, Atemnot, Störung des Geruchs- o. Geschmacksempfindens, Schnupfen?
 Ja Nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** zu einer an Corona erkrankten Person?
 Ja Nein
3. Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten **Quarantäne**?
 Ja Nein
4. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene **Corona-Erkrankung**?
 Ja Nein
5. Waren Sie in den letzten 14 Tagen **im Ausland**?
 Ja Nein

Wenn Ja: Waren Sie in einem COVID-19 **Risikogebiet**?

Ja Nein

6. Wurde ein **Corona-Abstrich** bei Ihnen gemacht?

Ja Nein

Wann? _____ Ergebnis: positiv negativ ausstehend

7. Wurden Sie gegen das Coronavirus geimpft?

Ja Nein

Wenn Ja, wann _____ Impfstoff _____

Unterschrift PatientIn _____

Wurde bei der Patientenaufnahme ein der Fragen mit Ja beantwortet:
Zur Kenntnis genommen Arzt: _____