

Patientenfragebogen

Aufzeichnungsvorlage

Patientenfragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen	Ja	Nein
Fieber		
Husten		
Kurzatmigkeit		
Schnupfen		
Gliederschmerzen		
Abgeschlagenheit		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		
Übelkeit		
Erbrechen		
Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten Wann _____		

Zutritt nur nach Klärung und Rücksprache mit dem behandelnden Arzt

Zusätzlich für stationär geplante Patienten

Negativ getestet (PCR am _____)

- Negative PCR, nicht älter als 48h oder 72h nach Wochenenden
- Bei Feiertagsblöcken: PCR am letzten Tag vor dem Feiertagsblock im internen Abstrichzentrum und ein Antigen ST bei Aufnahme nach dem Feiertagsblock

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Unterschrift

Datum

Datum

Hz. Pflege

Unterschrift/ Stempel Arzt