Thoraxklinik
Universitätsklinikum
Heidelberg

Fragebogen
Coronavirus COVID-19

Vorlage

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Besucher,
aufgrund der geltenden Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg bitten wir Sie um die Angabe der nachfolgenden Daten sowie um Beantwortung der Gesundheitsfragen.
Dies gibt Ihnen, allen anderen Personen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Bitte beachten Sie, dass in allen Feldern die erforderlichen Angaben notwendig sind.

Ihr Name und Vorname .....

Ihr Geburtsdatum .....

Ihre Telefonnummer .....
ODER
Ihre Anschrift .....

Name und Vorname des besuchten Patienten .....

Ggf.
☐ Fremdfirma .....
(Name der Firma)

Datum und Uhrzeit Anwesenheit in der Thoraxklinik

.....	.....	.....
Datum	Uhrzeit Eingang in Klinik	Uhrzeit Ausgang aus Klinik (nur auszufüllen, wenn Uhrzeit nicht auf dem Armband vermerkt wird)

Gesundheitsfragen Bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen vollständig
1) Waren Sie selbst in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Ja ☐ Nein ☐
2) Haben Sie Geruchs- oder Geschmacksstörungen? Ja ☐ Nein ☐
3) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand? Ja ☐ Nein ☐
4.1) Sind bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten? ➔ Fieber Ja ☐ Nein ☐
4.2) ➔ neu aufgetretener Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen und/oder Durchfall? Ja ☐ Nein ☐
5) Hatten Sie in den letzten 10 Tagen einen Aufenthalt in einem Risikogebiet (Hochinzidenzgebiet ODER Virusvariantengebiet) https://www.rki.de/risikogebiete Ja ☐, in _____ Nein ☐

.....
Unterschrift Patient/Besucher

Admin/QS – Bescheinigungen/Gutachten
308005