

Auswahlbogen zur Ersteinschätzung -05/2020

Bitte bringen Sie diesen Bogen **ausgefüllt und unterschrieben** zu Ihrem Termin mit.

Name: _____ Geb.Datum: _____

Anruf Datum: _____ Uhrzeit: _____

Tel. Nr. für Rückruf: _____

Email Adresse: _____

Besteht eine bereits nachgewiesene SARS-CoV- Infektion? ja: _____ nein: _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer
an COVID-19 erkrankter oder fraglich erkrankter Person? ja: _____ nein: _____

Haben Sie Husten? ja: _____ nein: _____

Haben Sie akute respiratorische Symptome?

Fieber oder Schüttelfrost? ja: _____ nein: _____

Hals – oder Gliederschmerzen? ja: _____ nein: _____

Luftnot oder Kurzatmigkeit? ja: _____ nein: _____

Leiden Sie an Durchfall oder Erbrechen? ja: _____ nein: _____

Arbeiten Sie in einer Einrichtung des Gesundheitswesens

oder gehören Sie zu einer Risikogruppe? ja: _____ nein: _____

(Über 60 Jahre alt,

Grunderkrankungen: Herz, Kreislauf, Lunge, Leber, Niere, Carcinome,

Immungeschwächte Patienten,

Einnahme von Medikamenten die die Immunabwehr schwächen)

Keines der vorgenannten Probleme: _____ ja: _____

Haben Sie **mindestens 1x** Ja im **roten** Bereich angekreuzt **verschieben Sie bitte** Ihren Behandlungs- bzw. Vorstellungstermin und setzen sich bitte telefonisch unter 04030703536 mit uns in Verbindung.

Aktuelle Temperatur:

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt/Mitarbeiter: _____