

CoViD-19 Screeningbogen

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Tel.-Nr.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Mitpatienten und auch uns, möchten wir Sie bitten, vorsorglich folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Ihre Daten werden unter Wahrung des Datenschutzes für 14 Tage verwahrt und nur im Falle einer behördlichen Anordnung an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben, andernfalls wird Ihr Bogen unter Wahrung des Datenschutzes entsorgt.

Haben Sie eine CoViD-19-Infektion durchgemacht, bzw. sind Sie positiv getestet worden? Ja Nein

→ Falls „ja“: Wurde die Isolierungsmaßnahme / Quarantäne aufgehoben? Ja Nein

→ Falls „Ja“ Wann aufgehoben und durch wen? _____

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Symptome in den letzten 14 Tagen?

Fieber mehr als 38°C

Atemnot

Abgeschlagenheit

Kopfschmerzen

Trockener Husten

Verlust des Geruchssinns

Halsschmerzen

Schüttelfrost

Verlust des Geschmackssinns

Schnupfen

Gliederschmerzen

keine Symptome

Haben / Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt zusammen leben) Ja Nein

→ Falls „Ja“: Wann / von wann bis wann? _____

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten CoViD-19-Fall innerhalb der letzten 14 Tage: Ja Nein

→ Falls „Ja“: Wann / von wann bis wann? _____

Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb von Schleswig-Holstein aufgehalten?

Ja Nein

→ Falls „Ja“: Wo?: _____ Von wann bis wann?: _____