

Corona-Fragebogen für einen Abstrich

Wir bitten Sie, den Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. Mit Ihrer Unterschrift sind Sie einverstanden, dass Sie einen negativen Befund per SMS oder Mail erhalten. Sie nehmen zur Kenntnis, dass ein Corona-Abstrich je nach Anlass des Abstriches Kosten für Sie verursacht.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Unterstützung.

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Handynummer: Mail:

Krankheitssymptome (Klinische / Epidemiologische Kriterien):

Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden (2 Tage) eines der nachfolgenden Symptome?	Ja	Nein	Wenn ja, wann? - Datum	Bemerkungen:	
* Husten (meist trocken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Atemwegsbeschwerden / Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Fieber, Fiebergefühl, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Thoraxschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Fragen zu Covid-19:	Ja	Nein	Wenn ja, wann? - Datum	Ergebnis Positiv (Nachweis von Covid-19)	Ergebnis Negativ (Kein Nachweis von Covid-19)
➤ Sind Sie vollständig geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
➤ Sind oder waren Sie in Quarantäne oder (Selbst-) Isolation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
➤ Wurde bei Ihnen schon einmal ein COVID-19 Abstrich durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Hatten Sie Kontakt mit einer bestätigten oder im Verdacht stehenden COVID-19 Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bemerkungen:	
➤ Wenn Ja – hatten Sie engen Kontakt? Als enger Kontakt gelten: Kontakt von weniger als 1,5m während mehr als 15 Minuten, Intimer Kontakt, wohnen im gleichen Haushalt, Krankenpflege oder direkten Kontakt mit Atemsekreten oder Körperflüssigkeiten ohne persönliche Schutzmassnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ort / Datum:

Unterschrift:

Patient oder Angehörige

Auszufüllen durch Personal:

Temperatur:.....

Sauerstoffsättigung:.....

Puls:.....

	Ja	Nein	Welche:
• Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Noxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ort / Datum: Unterschrift Personal:

Dieses Formular wird eingescannt und bei der Patientenakte abgelegt

