

## Fragebogen Covid-19 für ambulante Behandlungen

Wir alle versuchen die Verbreitung des Corona Virus einzudämmen. Um dieses Ziel zu erreichen, bitten wir Sie den Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. Wir danken Ihnen für die wertvolle Unterstützung. Falls sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand (nach dem Ausfüllen des Formulars) gehändert hat, bitten wir Sie uns das unverzüglich mitzuteilen.

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Termin wo: ..... Beginn der Behandlung am: .....

### Fragen zu Krankheitssymptome:

Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden (2 Tage) eines der nachfolgenden Symptome?	Ja	Nein	Wenn Ja - 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"/>			
Fragen zu Covid-19:	Ja	Nein	Wenn Ja - 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"/>
➤ Wurde bei Ihnen schon einmal ein COVID-19 Antikörpertest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Wurde bei Ihnen schon eine Computertomografie (CT) der Lunge mit der Fragestellung COVID-19 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 – Enger Kontakt? Als Enger Kontakt gelten: Kontakt von <2m und während >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

### Entscheid durch behandelndes Personal:

- \* Wenn Fragen mit Ja beantwortet ➔ abklären ob Behandlung unbedingt erforderlich ist
- Fragen müssen beurteilt werden ➔ anschliessend Massnahmen bestimmen

Behandlung durchführen:  Ja (welche Massnahme sind notwendig)  Nein

Keine speziellen Massnahmen notwendig	<input type="checkbox"/>	
Covid-19 Schutzmassnahme	<input type="checkbox"/>	
Behandlung verschieben	<input type="checkbox"/>	
Andere:	<input type="checkbox"/>	

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

Fragebogen wird eingescannt/in Pat Akte abgelegt

Behandelndes Personal

