

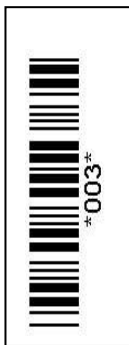
Name des Patienten:	Name: _____
	Vorname: _____
	Adresse: _____
Station:	Telefonnummer: _____
	Betreten des Klinikums: Grund: _____
	Datum: _____
	Uhrzeit: _____

Beschwerdebild

Symptom	Ja	Nein	Schweregrad			Symptombeginn
			leicht	mittel	schwer	
Plötzlicher Krankheitsbeginn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Akute Luftnot						
➤ In Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ Bei Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				max °C
Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halsschmerzen/ -kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere (z.B. Schluckbeschwerden, Ausschlag)						

*bei Husten dem Patienten einen normalen Mundnasenschutz aufsetzen.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ort: _____
Haben Sie Kontakt zu einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ort: _____
Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Haben Sie chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Sind Sie in einem medizinischen Bereich tätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ort: _____
Wurde bei Ihnen bereits ein Corona-Abstrich durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____ Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv



Datum / Unterschrift Besucher, Patient bzw. Erheber (muss am Tag des Besuches ausgefüllt werden)