

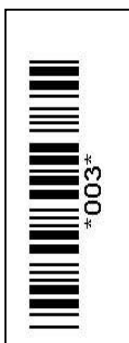
Name des Patienten:	Name: _____
	Vorname: _____
Station:	Adresse: _____
	Telefonnummer: _____
	Betreten des Klinikums: Grund: _____
	Datum: _____
	Uhrzeit: _____

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)						

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? _____	Befinden Sie sich aktuell in behördlich angeordneter Quarantäne? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis Datum: _____

Haben Sie einen aktuellen negativen Antigen-Schnelltest und/oder PCR Test? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum/Uhrzeit: _____	Sind Sie vollständig gegen COVID geimpft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum letzte Impfung: _____
Waren Sie in den letzten 6 Monaten an COVID erkrankt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____	Haben Sie nach Ihrer COVID-Erkrankung eine Impfung erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____



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