

## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \*: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ausgewiesenen **Risikogebiet** im Ausland (Reisewarnung)?

Nein  Ja

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt ohne Mund-Nasen-Schutz- bzw. FFP2-Maske (länger als 10 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?  
<https://www.rki.de>

Nein  Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

Nein

Falls ja, Testdatum: \_\_\_\_\_  Schnelltest (PoC) oder  PCR-Test

Testergebnis:  positiv  negativ

Sind Sie vollständig (zwei Impfungen, seit mind. 15 Tagen vollständig abgeschlossen) geimpft?

Nein

Ja  bisher nur eine Impfung erhalten

Sind Sie erkrankt?

Nein

Ja und zwar an:  Halsschmerzen  Husten  Fieber  
 Durchfall  Luftnot  Geschmack- u. Geruchslosigkeit

Falls Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter: 60 Jahre und älter
- Herz-Vorerkrankungen
- Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus
- Onkologischer Patient (Chemotherapie)
- Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den ..... Unterschrift: .....  
(Ort) (Datum)