

Fragebogen Corona

Name des Patienten: _____

Geb. Datum: _____

Beschwerdebild – Abklärung Symptome

	Ja	Nein
Akute Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen / -kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall / Magen Darm Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- / Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat in ihrer Familie jemand o.g. Beschwerden (nur für Patienten beim Kinderarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren sie im Risikogebiet / Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann und wo _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer dem Gesundheitsamt gemeldet wird, falls es zu einem Corona-Abstrich kommen sollte.

Datum / Unterschrift: _____