

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

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

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.

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

- Nein
 Ja

Sind Sie erkrankt?

- Nein
 Ja und zwar an: Halsschmerzen Husten Fieber
 Durchfall Luftnot Geschmack-/Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann: _____

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

- Nein
 Falls ja, Testergebnis: _____

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- Alter \geq 60 Jahre
 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.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

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