



**Fragebogen für Patienten und Begleitpersonen
zur Evaluierung einer potentiellen Infektion mit
SARS-CoV2 (sog. CORONA-Virus)**

Formular

Name, Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer	E-Mail Adresse
Haben Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Infektzeichen?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, folgende Symptome ankreuzen Datum Symptombeginn: _____	
<input type="radio"/> Fieber >38°C	
<input type="radio"/> Trockener Husten	
<input type="radio"/> Schnupfen	
<input type="radio"/> Infekt-bedingte Atemnot bei Ruhe/Belastung	
<input type="radio"/> Kopf- und Gliederschmerzen	
<input type="radio"/> Halsschmerzen	
<input type="radio"/> Abgeschlagenheit/Müdigkeit	
<input type="radio"/> Nicht therapieassoziierte Störung des Geruchs-/Geschmacksinn	
<input type="radio"/> Durchfall / Übelkeit / Erbrechen	
Hatten Sie wesentlich Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person in den letzten 14 Tagen?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, wann war der Kontakt: _____	
Gibt es aktuell Angehörige (aus demselben Haushalt) mit Infektzeichen und/oder Fieber und/oder vom Gesundheitsamt angeordneter Quarantäne?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, seit wann bestehen die Symptome/ besteht die Quarantäne: _____	
Wo haben Sie sich in den letzten 14 Tagen aufgehalten?	
<input type="checkbox"/> daheim, bzw. im Umkreis des Wohnortes	<input type="checkbox"/> außerhalb des Wohnortes, bzw. Gebiete im Inn- und Ausland: Land/Provinz/Stadt: _____ Daten des Aufenthaltes: _____
Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Gesundheitseinrichtung, beispielsweise eine Arztpraxis UND/ODER ein Krankenhaus besucht?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, Ort/Datum des Besuch: _____	
Datum	Unterschrift