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.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet nach RKI

☐ Nein

☐ Ja

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- und Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann:_____

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

☐ *Alter ≥ 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)