

Abklärung eines Covid-19 Verdachtsfalles (für Patienten und Begleitpersonen) / Anamnesebogen

Patient: _____ geb.: _____

Begleitperson: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor der eigentlichen Anmeldung zur Untersuchung und der Durchführung der Untersuchung müssen wir Ihren Corona-Status abklären. Wir unternehmen in der Praxis alles, um für alle Patienten auch in diesen Zeiten eine diagnostische Untersuchung zu ermöglichen. Bitte beantworten Sie uns deshalb die folgenden Fragen. Unser Personal steht ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

	Nein	Ja
Fühlen Sie sich krank, haben Sie Fieber, oder hatten Sie in den letzten 10 Tagen Fieber (Körpertemperatur über 38°C)? Seit Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Husten oder Atemnot? Seit Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schnupfen oder Halsschmerzen? Seit Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich schlapp oder haben Kopf- und Gliederschmerzen? Seit Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie geimpft <input type="checkbox"/> und haben vollen Impfschutz oder Genesen <input type="checkbox"/> ? Bitte passendes ankreuzen und Zertifikat vorlegen. Kompletter Schutz ab / bis (bei Genesen): _____ / _____ Kontrolle Empfang: digitales Zertifikat <input type="checkbox"/> Impfpass <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Genesenenzertifikat <input type="checkbox"/> Anzahl Impfungen: genesen+1 Impfung <input type="checkbox"/> 1 Impfung J&J <input type="checkbox"/> 2 Impfungen <input type="checkbox"/> 3 Impfungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich auf eine Coronavirus-Infektion (Schnelltest 24 h / PCR-TEST 48 h gültig) testen lassen? Testzertifikat vorlegen. Kein EIGEN- oder SCHNELLTEST!!!! Schnelltest: <input type="checkbox"/> PCR: <input type="checkbox"/> Wann: _____ Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu Personen, die eine Corona-Infektion haben? Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland (aktuelle Liste mit Ländern für die eine Reisewarnung besteht, siehe auf dem Beiblatt)? Wo: _____ Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Sie derzeit unter Quarantäne? Seit wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

München, den _____
 (Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten)