

Kurzscreening SARS-COVID nach Kontakt

Allgemeine Angaben zur eigenen Person / Patienten



Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Datum:	
Aufenthalt in der Praxis	Datum: von: bis:

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-COVID positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der letzten 14 Tage aus einem ausländischen oder einem inländischen Risikogebiet zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Praxis auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Patient

Datum, Unterschrift Praxis