

FB-02734 KKRN Corona Auskunftsbogen für Patienten zur ambulanten Behandlung/Diagnostik

Datum _____

Ist durch einen Mitarbeiter leserlich in Druckschrift auszufüllen.

Personalien:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ Wohnort	
Telefonnummer		

Folgende Abteilung soll besucht werden:		
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> Endoskopie
<input type="checkbox"/> onkologische Ambulanz		
<input type="checkbox"/> sonstige: _____		

Angaben zur Risikoeinschätzung des Besuchers:

Sind Sie eine Kontaktperson eines bestätigten Falles?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie eine Kontaktperson zu einem Verdachtsfall?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Rückreisler aus einem ausgewiesenen Risikogebiet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie folgende Symptome?

Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Husten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Optional:

Temperaturmessung: _____ °C

Hinweis:

Die Erhebung der Daten erfolgt auf Grundlage von §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

	Erstellung	Änderung	Prüfung/Freigabe	Veröffentlichung
Name	Berse, Patrick	QRM DA	Med. GF	Berse, Patrick
Datum	18.05.2020	24.04.2020	24.04.2020	18.05.2020