

## 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.

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: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein
- Falls ja, Testergebnis: \_\_\_\_\_

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter  $\geq$  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)