Bitte kommen Sie nicht früher **als 15 Minuten vor einem geplanten Termin**. Bitte füllen Sie den Fragebogen am Tag der Behandlung / des Termins sorgfältig aus und zeigen ihn unseren Mitarbeitenden am „Karls Cafe“ / an der Pforte oder in der Zentralen Patientenaufnahme.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte ankreuzen: | [ ]  Patient | [ ]  Begleitperson |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |       |  | Geb.: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wohnort: |       |  | Tel.: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Für Patienten: Name der Klinik/Fachabteilung: |       |
| Für Begleitpersonen: Name, Vorname des Pat.: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Termin, Datum: |   |  | Uhrzeit: |       |

**Nachweis:** [ ]  Negativer Corona Test (< 48 h)[ ]  Vollständige Impfung (2. Dosis > 14 / 28 d)[ ]  Genesen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Falls keiner der drei Nachweise vorliegt, bitte sorgfältig ausfüllen:** | **Nein** | **Ja\*** |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland / Risiko-Gebiet? | [ ]  | [ ]  |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt (> 10 Minuten, < 1,5 Meter Abstand) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?  | [ ]  | [ ]  |
| Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt?Falls Ja: Datum:  Test-Ergebnis: [ ]  Positiv [ ]  Negativ [ ]  Ergebnis offen | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie folgende Symptome?** | **Nein** | **Ja\*** |
| Verlust von Geschmacks- und/oder Geruchssinn | [ ]  | [ ]  |
| Fieber > 37,5 °C | [ ]  | [ ]  |
| Trockener Husten | [ ]  | [ ]  |
| Muskel- / Gelenk- und / oder Kopfschmerzen | [ ]  | [ ]  |
| Halsschmerzen | [ ]  | [ ]  |
| Abgeschlagenheit / schweres Krankheitsgefühl | [ ]  | [ ]  |
| Übelkeit / Erbrechen / Durchfall | [ ]  | [ ]  |
| Schnupfen | [ ]  | [ ]  |
| Luftnot | [ ]  | [ ]  |

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. *\*Ärztliche Einschätzung erforderlich*

|  |
| --- |
| **Ärztliche Einschätzung: COVID-Verdacht □ Ja □ Nein** Falls Ja, direkte Rücksprache mit der Klinik, um zu klären:□ Patient zurück an den Einweiser / Hausarzt schicken **Kommentar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ich werde über alle Änderungen bzgl. der genannten COVID-Symptome, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung machen.

**Ich werde mich an folgende Regeln halten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tragen des Mund-Nasen-Schutzes während des Aufenthaltes | [ ]  |
| Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) einhalten | [ ]  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in, Begleitperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Identität überprüft/Einlass gewährt Unterschrift RMK / Security: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_