

Patienten-Registrierung

Befragungsbogen Risiko COVID-19 (SARS-CoV2) für ambulante Patient:innen der Klinik für Augenheilkunde

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Datum / Uhrzeit _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie vollständig geimpft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie aktuell | | |
| 2. Fieber > 37,9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Husten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Atemnot? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Halsschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Durchfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Geschmacks- und Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. sonstige Zeichen eines grippalen Infekts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hatten Sie eine COVID-19-Erkrankung?
Wenn ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hatten Sie Kontakt mit einem COVID-19-Fall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Angehörige im Hausstand COVID-19-Symptome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Waren Sie in den letzten 2 Wochen verreist?
Wenn ja, wo waren Sie? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift _____