

Fragebogen zu COVID- 19 (Corona Virus), Version 08.04.2020

Name/Vorname:

Alter:

Unspezifische Allgemeinsymptome**Leiden Sie aktuell unter folgenden körperlichen**

- Beschwerden:** Abgeschlagenheit/ Schwächegefühl/ Müdigkeit? Ja Nein
- Fieber (über 38 Grad) Ja Nein
- Gliederschmerzen Ja Nein
- Durchfall Ja Nein
- Kopfschmerzen Ja Nein
- Geschmacks- und/oder Geruchsverlust Ja Nein

Leiden Sie unter Symptomen einer akuten Erkrankung der Atemwege (jeder Schwere) mit oder ohne Fieber:**Leiden Sie aktuell unter folgenden Beschwerden:**

- Husten Ja Nein
- Auswurf Ja Nein
- Sonstige Atembeschwerden, Atemnot Ja Nein
- Schnupfen Ja Nein
- Halsschmerzen Ja Nein

Sonstige Symptome/ Abfragen

Wurden Sie durch einen (Allgemein-)Arzt untersucht oder wurde aufgrund eines Lungenröntgen der Verdacht auf eine Lungenentzündung gestellt, ohne dass man bislang weiß, woher das kommt? Ja Nein

Gibt es jemanden, mit dem **Sie Kontakt hatten, bei dem eine „Corona-Infektion“** nachgewiesen wurde? Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Grunderkrankungen?

- Herz-Kreislauf-erkrankungen v.a. Bluthochdruck Ja Nein
- Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck? Ja Nein
- Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) Ja Nein
- Erkrankungen des Atmungssystems (allergisches) Asthma bronchiale, COPD.. Ja Nein
- Krebserkrankungen oder Erkrankungen des Immunsystems Ja Nein
- Nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem beeinträchtigen? Ja Nein

Befanden Sie sich in den letzten 5 Tagen ausschließlich im häuslichen Umfeld (ausgenommen von notwendigen Ausgängen zur Erhaltung der Grundversorgung) und haben derzeit keine Symptome? Ja Nein

Wenn ja, bitte notieren Sie in welchem Gebiet Sie sich befanden:

Welche Klinik möchten Sie besuchen?

- Oberberg Fachklinik Berlin Brandenburg Ja
- Oberberg Fachklinik Düsseldorf Kaarst Ja
- Oberberg Fachklinik Rhein-Jura Ja
- Oberberg Fachklinik Schwarzwald Ja
- Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad Ja
- Oberberg Somnia Fachklinik Köln Hürth Ja
- Oberberg Fachklinik Scheidegg im Allgäu Ja
- Oberberg Fachklinik Weserbergland Ja
- Oberberg Tagesklinik Berlin Ja
- Oberberg Tagesklinik Hamburg Ja

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail zurück an: tab@oberbergkliniken.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Interne Dokumentation

- Auswertung unauffällig Ja Nein
- Zur Weiterleitung an OA Ja Nein

Datum/ Unterschrift Empfang

Bemerkung OA:

Datum/ Unterschrift OA