

## Fragebogen zu COVID- 19 (Corona Virus), Version 30.3.2020

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_

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

Abgeschlagenheit/ Schwächegefühl/ Müdigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Appetitverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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

Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Auswurf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Atembeschwerden, Atemnot	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es jemanden, mit dem Sie Kontakt hatten, bei dem eine „Corona-Infektion“ nachgewiesen wurde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Leiden Sie an einer der folgenden Grunderkrankungen?**

Herz-Kreislaufkrankungen v.a. Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Atmungssystems (allergisches) Asthma bronchiale, COPD..	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen oder Erkrankungen des Immunsystems	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem beeinträchtigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Befanden Sie sich in letzter Zeit (in den letzten 14 Tagen) beruflich oder privat in einer der Gegenden, die derzeit als sog. Risikogebiet eingestuft werden? Das sind:**

Ägypten: ganzes Land, im Iran: Iran gesamt, in Italien: Italien gesamt, in Südkorea: Daegu und die Provinz Gyeongangbuk-do (Nord-Gyeongang), in Deutschland: Landkreis Heinsberg (NRW), in Frankreich: Île-de-France und Region Grand Est (Elsass, Lothringen, Champagne-Ardenne), in Österreich: ganzes Land, in Spanien: Regionen Madrid, Navarra, La Rioja und Pais Vasco, in den USA: Bundesstaaten Kalifornien, Washington, New York und New Jersey, in der Schweiz: Kantone Tessin, Waadt und Genf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

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

---

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

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Fax oder per E-Mail zurück an:**

Fax: 07833 792 825 oder per E-Mail: [empfang.hornberg@oberbergkliniken.de](mailto:empfang.hornberg@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