

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-Kreislauf-erkrankungen 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: Daegue und die Provinz Gyeongsangbuk-do (Nord-Gyeongsang), 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

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