



Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name:	vorname:		Geb. ":
Wohnort:			Tel.:
genau!	n der ärztlichen Schwe	_	hrem Gesundheitszustand möglichs d den Bestimmungen des Datenschutze
Hatten Sie Kontakt (läng erkrankten Person?	ger als 15 Minuten, en	nger als 2 Met	er) zu einer nachweislich an COVID-19
□ Nein			
□ Ja			
Sind Sie erkrankt? □ Nein □ Ja und zwar an:	□ Halsschmerzen	□ Husten	□ Fieber
Geruchslosigkeit Falls ja seit wann:	□ Durchfall		□ Geschmack- und
Haben Sie sich in den le	 etzten 14 Tagen auf C	:OVID-19 teste	en lassen?
□ Nein	n_ton in ragen asi e		
☐ Falls ja, Testergebnis	::		
Gibt es mindestens eine	n dieser Risikofaktore	en?	
☐ Herz-Vorerkrankungen			
□ Lungen-Vorerkrankun		ronische Bron	chitis)
☐ Chronische Lebererkr	•		,
□ Diabetes mellitus			
□ Onkologischer Patien			
□ Immunsupprimierter F	Patient (bedingt durch	Erkrankunger	n oder Therapie)
ergeben, umgehend Mit Des Weiteren verpflicht	teilung zu machen. e ich mich, vereinbart parten Termin abzusaç	e Behandlung gen. Mir ist be	hrend der gesamten Behandlungszeit gstermine einzuhalten bzw. mindestens kannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig
(Ort/Datum)	, den		Unterschrift:

© LZK BW 04/2020 Seite 1