

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Bogen **am Tag Ihres Sprechstundenbesuchs !!**
aus und bringen ihn unterschrieben mit, die Temperatur messen wir bei
Ihrer Ankunft.

COVID-19 Checkliste

Datum: _____

Name: _____

Geb.: _____

Haben Sie schon einen Termin? Ja , Uhrzeit _____ Nein

In welcher Sprechstunde haben Sie einen Termin / in welche Sprechstunde möchten Sie?

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> | Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäulen Chirurgie | <input type="checkbox"/> | Orthopädie | <input type="checkbox"/> |
| Anästhesie | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> | | |

Wurde bei Ihnen in den letzten 14 Tagen das Coronavirus nachgewiesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Coronafall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie neu aufgetretene oder verschlimmerte Luftnot bzw. Kurzatmigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Erkältungszeichen (z.B. Husten, Schnupfen, Halsschmerzen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 3 Tagen Fieber oder erhöhte Temperatur (>37,5°C)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Verlust Ihres Geruchs- und/oder Geschmackssinns bemerkt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Meine o.g. Angaben sind richtig!

Unterschrift Patient

Temperatur Patient bei Ankunft in Praxis: _____ °C Kürzel Mitarbeiter: _____