

FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Corona-Sprechstunde Stuttgart. Um den Ablauf für alle so einfach wie möglich zu halten, bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit:

1. Bitte füllen Sie dieses Formular wenn möglich bereits zuhause aus.
2. Gehen Sie bitte direkt durch das Treppenhaus in den 2. Stock unter Einhaltung der Abstandsregeln und Tragen eines Mund-Nasen-Schutz und halten Sie an der Anmeldung Ihre Versichertenkarte bereit.

VON PATIENT*IN AUSZUFÜLLEN:

NAME: _____

VORNAME: _____

Vorerkrankungen: _____

Medikamente: _____

Hausarzt (Name): _____

ich habe keinen Hausarzt

weder mein Hausarzt noch dessen Vertretung ist erreichbar

AKTUELLE BESCHWERDEN: Bitte ankreuzen!

Atembeschwerden (bitte genau angeben: z. B. Atemnot, verstopfte Nase ...)	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Fieber	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Husten	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Gliederschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Halsschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Durchfall	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Geschmacksverlust	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Anderes:	<input type="radio"/> Ja	Seit _____ Tagen	<input type="radio"/> Nein

WIE FÜHLEN SIE SICH HEUTE? Bitte ankreuzen!

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Sehr schlecht
--------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Hatten Sie bewussten Kontakt mit einer Corona-infizierten Person? Wenn ja, wann (Datum):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie einen positiven Schnelltest ? Wenn ja, wann (Datum):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie bereits einen positiven Corona-PCR-Abstrich ? Wenn ja, wann (Datum):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie bereits gegen „Corona“ geimpft? Impfstoff:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____ 4. Impfung: _____		
Arbeiten Sie in einer medizinischen Einrichtung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Arbeiten Sie in einer Pflege- oder sonstigen Einrichtung (Pflegeheim, JVA...)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Arbeiten Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita, Schule...)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Arbeiten Sie in einer sonstigen Einrichtung (Reha, ambulanter Dienst)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland? Wenn ja, wo:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Brauchen Sie eine Krankmeldung? Wenn ja, seit (Datum):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie sich bis zum Erhalt des Ergebnisses in Isolierung befinden. Sie haben einen Aufklärungsbogen erhalten und verstanden und halten sich an die aktuellen Vorgaben der Isolierung bei V.a. „Corona“ nach den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Die Bögen zum Datenschutz habe ich gelesen und bin mit der dort beschriebenen Weitergabe der Daten einverstanden.

Stuttgart, den _____ (bitte Datum eintragen, eigenhändige Unterschrift)

