

Kontakt- und Symptomfragebogen SARS-CoV-2 für Patienten und Begleitperson der Tagesklinik & Zentralen Ambulanz

Name Patienten (Pat): _____

Geburtsdatum: _____

Name Begleitperson (BP): _____

Nr.	Risikoprofil	Ja/Pat.	Ja/BP.	Nein
1.	Neu aufgetretene(r/s) Husten, Fieber, Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörung, Erbrechen, Durchfall und Schnupfen, welcher nicht sicher durch eine andere Erkrankung erklärbar ist, innerhalb der letzten 14 Tage?			
2.	Sind im Haushalt erkrankte Angehörige mit Husten, Fieber, Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörung, Erbrechen, Durchfall und Schnupfen, welcher nicht sicher durch eine andere Erkrankung erklärbar ist, innerhalb der letzten 14 Tage?			
3.	Bestand Kontakt in den letzten 14 Tagen zu <ul style="list-style-type: none"> • einem COVID-19-Kranken? • einer Person die unter SARS-CoV-2-Quarantäne stand bzw. steht? 			
4.	Haben Sie sich in den letzten 10 Tagen in einem Hochrisikogebiet oder in den letzten 14 Tagen in einem Virusvariantengebiet aufgehalten?			

3-G Regel für Erziehungsberechtigten	Ja	Nein	Hz. MA
Sind Sie bereits vollständig gegen das Coronavirus geimpft (14 Tage nach 2. Impfung)?			
Verfügen Sie über einen negativen SARS-CoV-2-Testnachweis (PCR-Test nicht älter als 48 Stunden, Schnelltest nicht älter als 24 Stunden)?			
Oder verfügen Sie über einen entsprechenden Genesungsnachweis (Bescheinigung über mind. 28 Tage bis max. 6 Monate zurückliegende COVID-19 Infektion)?			

 *Eine Liste der Hochrisikogebiet und Virusvariantengebiete finden Sie unter: <https://www.rki.de/risikogebiete>
Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum & Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

Fragen 1 -4: Wenn 1 Kästchen mit **Ja** angekreuzt wurde, Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, und Dokumentation auf diesem Bogen oder in Soarian, sowie einscannen des Dokumentes im Soarian.