

Kontakt- und Symptomfragebogen SARS-CoV-2 für Patienten und mitaufgenommen Begleitperson

 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 10 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 10 Tage? | | | |
| 3. | Bestand Kontakt in den letzten 10 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? | | | |

 *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.