

BEGLEITPERSON: NAME:

ADRESSE: **TEL:**

Begleitete/r Patient/in:

GRUND FÜR BEGLEITUNG:

- Begleitung eines Kindes <18 Jahren
- Dolmetsch
- Patient benötigt Hilfe, z.B. beim Gehen
- anderer Grund: _____

Wir bitten um Verständnis, dass aufgrund der Coronavirus-Pandemie Begleitpersonen nur in unbedingt erforderlichen Fällen anwesend sein

RISIKOERHEBUNG CORONAVIRUS

1. Leiden oder litten Sie während der letzten 7 Tage an folgenden Symptomen:

- | | | | |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Husten | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Fieber | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Riechstörung | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Geschmacksstörung | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | seit: |

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer bestätigten oder wahrscheinlich/möglicherweise an Coronavirus erkrankten Person?

- JA NEIN

Ihre Angaben dienen dazu, um Corona-Verdachtsfälle zu erkennen und damit Patienten sowie die Mitarbeiter in der Ordination schützen zu können. Ihre Kontaktdaten werden aufgenommen, um das Contact-Tracing zu ermöglichen falls in unserer Ordination ein Corona-Fall auftreten sollte.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: Unterschrift:

Dieses Blatt wird in 14 Tagen vernichtet.