



Corona Checkliste für

Name _____, Vorname _____

Zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit aller bitten wir Sie um Ihre Unterstützung. Bitte gehen Sie die Checkliste gewissenhaft durch und beantworten die Fragen.

- Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SARS nCOV2 festgestellt? N J
Wenn ja wann? _____
- Wurde bei Ihnen ein SARS nCOV2 Antikörpertest durchgeführt? N J
Wenn ja wann? _____
- Wohnen Sie in einem Altenheim, Pflegewohnheim, oder in einer betreuten Wohneinrichtung? N J

Zum Ausfüllen bei der ersten Sprechstunde -Ambulanz-	Zum Ausfüllen bei der Aufnahme zur OP - Station-
Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>	Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage im Ausland? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>	Waren Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage im Ausland? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (ausser bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>	Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (ausser bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Bitte zutreffendes Ankreuzen <ul style="list-style-type: none">○ Gliederschmerzen○ erhöhte Temperatur oder Fieber○ Husten○ Halsschmerzen○ Schnupfen○ Brustschmerzen○ Kurzatmigkeit○ Geschmacks- und/oder Geruchsverlust○ Durchfall	Bitte zutreffendes Ankreuzen <ul style="list-style-type: none">○ Gliederschmerzen○ erhöhte Temperatur oder Fieber○ Husten○ Halsschmerzen○ Schnupfen○ Brustschmerzen○ Kurzatmigkeit○ Geschmacks- und/oder Geruchsverlust○ Durchfall
Datum und Unterschrift: _____	Datum und Unterschrift: _____