



## 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? NO  J   
Wenn ja wann? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen ein SARS nCOV2 Antikörpertest durchgeführt? NO  J   
Wenn ja wann? \_\_\_\_\_
- **Arbeiten oder** wohnen Sie in einem Krankenhaus, Pflegewohnheim, Seniorenwohnheim? NO  J

### Bitte nur den für Sie zutreffenden Teil ausfüllen!

Zum Ausfüllen vor der Sprechstunde/Nachsorge -Ambulanz-	Zum Ausfüllen bei der Aufnahme zur OP - Station-
Hatten Sie in den <b>vergangenen 14 Tagen</b> wissentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? <b>NO <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/></b>	Hatten Sie in den <b>vergangenen 14 Tagen</b> wissentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? <b>NO <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/></b>
Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage <b>neu</b> aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? <b>NO <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/></b>	Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage <b>neu</b> aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? <b>NO <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/></b>
Bitte zutreffendes Ankreuzen	Bitte zutreffendes Ankreuzen
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gliederschmerzen</li> <li>○ erhöhte Temperatur oder Fieber</li> <li>○ Husten</li> <li>○ Halsschmerzen</li> <li>○ Schnupfen</li> <li>○ Brustschmerzen</li> <li>○ Kurzatmigkeit</li> <li>○ Geschmacks- und/oder Geruchsverlust</li> <li>○ Durchfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gliederschmerzen</li> <li>○ erhöhte Temperatur oder Fieber</li> <li>○ Husten</li> <li>○ Halsschmerzen</li> <li>○ Schnupfen</li> <li>○ Brustschmerzen</li> <li>○ Kurzatmigkeit</li> <li>○ Geschmacks- und/oder Geruchsverlust</li> <li>○ Durchfall</li> </ul>
Datum und Unterschrift:  _____	Datum und Unterschrift:  _____

**Es wurde bei obengenannter Person ein Antigen- Schnell -Test auf SARS nCOV2 durchgeführt.**

**Ergebnis: neg.  pos.**

**Datum / Unterschrift Teststelle \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**