



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.**

Bitte nur den für Sie zutreffenden Teil ausfüllen!

Zum Ausfüllen vor der Sprechstunde/Nachsorge -Ambulanz-	Zum Ausfüllen bei der Aufnahme zur OP - Station-
<p>Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SARS nCOV2 festgestellt? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J Wenn Ja, wann? _____</p> <p>Wurde ein Test durchgeführt? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J Wenn Ja, wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest</p>	<p>Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SARSnCOV2 festgestellt? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J Wenn Ja, wann? _____</p> <p>Wurde ein Test durchgeführt? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J Wenn Ja, wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest</p>
<p>Wurde bei Ihnen bereits eine SARS nCOV2 Impfung durchgeführt?</p> <p>1. Impfung _____</p> <p>2. Impfung _____</p>	<p>Wurde bei Ihnen bereits eine SARS nCOV2 Impfung durchgeführt?</p> <p>1. Impfung _____</p> <p>2. Impfung _____</p>
<p>Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J</p>	<p>Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer mit SARS nCOV2 infizierten Person? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J</p>
<p>Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J</p> <p>Bitte zutreffendes Ankreuzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur oder Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Brustschmerzen <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Geschmacks- und/oder Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Durchfall <p>Datum und Unterschrift: _____</p>	<p>Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J</p> <p>Bitte zutreffendes Ankreuzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur oder Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Brustschmerzen <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Geschmacks- und/oder Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Durchfall <p>Datum und Unterschrift: _____</p>

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

Ergebnis: neg. pos.

Datum / Unterschrift Teststelle _____ / _____