

Name:..... Vorname:..... Geb. Datum:.....

oder Patientenaufkleber

Anamnese Checkliste Corona

Nr.			
1	Waren Sie selber an COVID-19 erkrankt?	Ja	Nein
1a	Wenn 1 ja, von bis waren Sie in Quarantäne		
2	Hatten Sie Kontakt zu einem Menschen, der im häuslichen Bereich unter Quarantäne steht?	Ja	Nein
3	Hatten Sie Kontakt zu einem Menschen, bei dem das Coronavirus nachgewiesen wurde?	Ja	Nein
4	Haben Sie aktuell Fieber (über 38°C)	Ja	Nein
5	Haben Sie Kopf-Gliederschmerzen?	Ja	Nein
6	Haben Sie neu aufgetretenen Husten	Ja	Nein
7	Haben Sie Schnupfen?	Ja	Nein
6	Haben Sie Geruchs- oder Geschmacksverlust?	Ja	Nein
8	Kommen Sie aus einem Heim (Pflege- oder Altenheim) ?	Ja	Nein
8.a	Wenn 8 Ja, wie heißt die Einrichtung:.....		

Achtung: bei mindestens einem „Ja“ (oder Temperatur über 38,0°C) weitere Abklärung durch den ärztlichen Dienst

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? Ja Nein

Wenn Ja, wann war die erste Impfung..... wann war die zweite Impfung.....