

Infektfragebogen

Bitte machen Sie einen Termin und bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt mit zur Sprechstunde. Vielen Dank für die Unterstützung

Name		
Vorname		
Geboren am		
Strasse +Hausnr.		
PLZ + Ort		
Telefonnummer		
Handynummer		
Krankenversicherung		
Versicherungsnummer		
Hausarzt		
Tel. v. HA		
Haben Sie Fieber >37,5°C	ja	nein
Haben Sie Husten	ja	nein
Haben Sie Halsschmerzen	ja	nein
Haben Sie Geschmacksstörungen	ja	nein
Kommen Sie aus einem Risikogebiet	ja	nein
Hat das Gesundheitsamt zu einem Test aufgefordert	ja	nein
Haben Sie Kontakt zu einem Covid-Patient	ja	nein

Datum:

Unterschrift

_____ der folgende Teil wird von der Praxis ausgefüllt _____

Abstrich durchgeführt: (ja) (nein) am _____

Patient wurde informiert am: _____