

Fragebogen Covid-19**1. Vorstellungsgrund**

- Ich komme primär um mich auf das Corona-Virus testen zu lassen und benötige KEINE umfassende ärztliche Abklärung
--> weiter zu Punkt 2-4
- Ich komme für eine ärztliche Abklärung UND Behandlung, weil ich mich sehr krank fühle
-> STOP -> Bitte begeben Sie sich nach Rücksprache mit dem Personal auf unsere Notfallstation

2. Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen

Name, Vorname	Adresse, PLZ Wohnort		
Geburtsdatum	Hausarzt (Name und Adresse)		
Handynummer (bitte leserlich ausfüllen)	Krankenkasse / AHV Nr.		
E-Mail Adresse			
Name, Vorname Erziehungsberechtigter (ausfüllen nur bei Minderjährigen)			
Nationalität	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> andere:	
Hatten Sie Kontakt zu einem Covid-19 Fall?			
<input type="checkbox"/> in der Schweiz <input type="checkbox"/> im Ausland-> Land _____ <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Car/Bus <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> in der Krippe/Schule/Kindergarten <input type="checkbox"/> als Gesundheitsfachperson <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> privates Fest <input type="checkbox"/> in Disco/Club <input type="checkbox"/> in Bar/Restaurant <input type="checkbox"/> bei Demonstrationen/Veranstaltungen <input type="checkbox"/> spontaner Menschenversammlung			
Arbeiten Sie als Medizinal-/Gesundheitspersonal? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wer schickt Sie? <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> SwissCovidApp <input type="checkbox"/> Contact Tracing <input type="checkbox"/> bevorstehende Reise <input type="checkbox"/> selbst			

3. Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:	<input type="checkbox"/> Impfausweis	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Anamnese
Geimpft gegen Covid-19	<input type="checkbox"/> ja mit total ____ Dosen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Dosis Impfstoff (Markenname)		
	1	Impfdatum:	
	2	Impfdatum:	

4. Akute/neue Beschwerden ja -> bitte Symptome ankreuzen nein -> weiter zu Punkt 4

Beginn der Symptome (Datum):			
Schlechter Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fieber über 38°C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemnot (Mühe beim Atmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Durchfall/Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschmacksverlust (Ageusie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchsverlust (Anosmie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere:	

5. Vorerkrankungen/Medikamente

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucher/-in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung der Blutzellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Datum und Unterschrift

Patient/Patientin oder Erziehungsberechtigter: _____