

Bitte ausfüllen!

Liebe Patienten,
zu Ihrer eigenen Sicherheit möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Diese sollen Aufschluss darüber geben, ob Sie möglicherweise Symptome einer COVID-19 Infektion aufweisen.

Anamnese der letzten 14 Tage (auszufüllen vom Patienten)

Name, Vorname

Bitte tragen Sie hier Ihren Nachnamen und Vornamen ein.

Geburtsdatum

Bitte tragen Sie hier Ihr Geburtsdatum ein.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Temperatur > 37,5 °C | <input type="checkbox"/> Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Temperatur > 37,5 °C | <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen/
Geschmacklosigkeit (Anosmie) |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Neu aufgetretener Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Erbrechen |

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Beurteilung (auszufüllen vom behandelnden Arzt)

- Der oben genannte Patient hat kein Anzeichen einer COVID-19 Infektion, die Operationsplanung kann fortgesetzt werden.
- Die Auswertung des Fragebogens deutet darauf hin, dass der Patient Symptome einer möglichen COVID-19 Infektion aufweist. Der Patient wird auf COVID-19 getestet.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Testergebnis COVID-19

Der Test wurde am _____ durchgeführt.

Bitte Datum eintragen

- Das Testergebnis ist negativ.**
- Kopie des negativen Befundes anbei.**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Stempel Praxis

Ihre Operation kann durchgeführt werden. Bitte vereinbaren Sie telefonisch einen Termin mit dem AUZ im Klinikum Hochrhein. Dieses Formular und der Befund Ihrer COVID-19 Testung sind bei Ihrer OP-Planung im AUZ vorzulegen. **Telefon: 07751 85-4331**