



Gesundheitsfragebogen vor einer Untersuchung oder Behandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie uns mit diesem kurzen Gesundheitsfragebogen, die Gesundheit und Sicherheit aller Patienten der Universitätsmedizin Essen auch zukünftig sicherzustellen.

Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?

Ja Nein

Datum: Wirkstoff:

Datum: Wirkstoff:

Datum: Wirkstoff:

1. Impfung: _____._____._____ ; _____ 2. Impfung: _____._____._____ ; _____ 3. Impfung: _____._____._____ ; _____

Symptomabfrage:

1. Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 38°C)? Ja Nein
2. Haben oder hatten Sie Schüttelfrost? Ja Nein
3. Haben Sie neu aufgetretenen Husten? Ja Nein
4. Haben Sie neu aufgetretenen Schnupfen? Ja Nein
5. Haben Sie neu aufgetretene Halsschmerzen Ja Nein
6. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen? Ja Nein
7. Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen? Ja Nein
8. Haben Sie neu aufgetretene Gelenk- und/oder Gliederschmerzen? Ja Nein
9. Hatten Sie in den letzten sechs Tagen Durchfall? Ja Nein
10. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer Person, bei der das Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurden? Ja Nein
11. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wesentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das Corona-Virus (COVID-19) besteht? Ja Nein
12. Waren Sie in letzten 14 Tagen im In- oder Ausland verreist?
Falls „Ja“, was war Ihr Reiseziel? _____ Ja Nein
13. Wurde bei Ihnen durch das Gesundheitsamt ein PCR-Test auf das Corona-Virus (COVID-19) durchgeführt? Ja Nein
Falls „Ja“, Ergebnis des Tests: positiv negativ, Testdatum: _____
14. Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen? Ja Nein
Wenn „Ja“, wann: _____
15. Wurde bei Ihnen in den letzten 48 h ein Antigen-Schnelltest durchgeführt? Ja Nein
Falls „Ja“, Ergebnis des Tests: positiv negativ, Testdatum: _____

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____