

### Abfrageschema vor ambulanter Behandlung / Besucher\*in

Bitte ankreuzen:  Ambulante/r Patient\*in  Besucher\*in

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bei Besucher\*innen bitte den Namen und die Station des/der Patient\*in angeben:

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetretener Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue oder zunehmende Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. bekannter Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub- und/oder Pollenallergie) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Quarantäne-Anordnung oder stand / steht eine im Haushalt lebende Person unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / Besucher\*in