

Abfrageschema vor ambulanter Behandlung

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ambulanz / Fachabteilung / Untersuchungsstelle: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	Ja	Nein
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