

Liebe Patienten

auf Grund der aktuellen Corona (COVID -19) Situation möchten wir Sie und andere Patienten schützen und bitten Sie daher folgenden Fragebogen zu beantworten:

Haben Sie **unspezifische Allgemeinsymptome** oder **akute Atmewegssymptome** jeder Schwere?

- |                    |                             |                               |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Schnupfen        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Husten           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Halsschmerzen    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Fieber           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** mit einer Person, die **an Influenza (Erkältung)** erkrankt war?

Ja  Nein

Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem **Corona (COVID-19) Risikogebiet aufgehalten?**

(diese Aufzählung basiert auf dem Stand vom 16.03.2020)

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Heinsberg  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Italien    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Österreich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Schweiz    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • China      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Südkorea   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Iran       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Spanien    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_