

Fragebogen zu COVID-19

bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt bei Ihrem Praxisbesuch mit

Diagnose und Manifestation

<input type="checkbox"/> Fieber $\geq 38^{\circ}$ C	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Halsschmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> Geschmacksverlust
<input type="checkbox"/> akute Verwirrtheit / Verschlechterung Allgemeinzustand bei Senioren		
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Hautausschläge
<input type="checkbox"/> keine Symptome	<input type="checkbox"/> andere Symptome:	

Beschwerdebeginn: _____

Grunderkrankung

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/> Immunsuppression
<input type="checkbox"/> Chronische Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Chronische Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI > 35)	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> Schwanger	<input type="checkbox"/> andere:

In den letzten 14 Tagen

Wo waren sie unterwegs?	<input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> anderes Land/Ort:
Falls im Ausland: benutztes Transportmittel?	<input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Car/Bus <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Anderes:
Leben Sie in einem Heim/Institution?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - in welchem:
Enger Kontakt zu laborbestätigtem Fall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt
Wo haben Sie sich evtl. angesteckt?	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Schule/KiTa/Kindergarten <input type="checkbox"/> privates Fest <input type="checkbox"/> gehöre Gesundheitspersonal an <input type="checkbox"/> Club/Disco <input type="checkbox"/> Restaurant/Bar <input type="checkbox"/> Demo/Veranstaltung <input type="checkbox"/> spontane Menschenansammlung <input type="checkbox"/> Anderes:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der elektronischen Übermittlung des Laborresultates an mich per E-Mail einverstanden bin. Ich habe das Merkblatt 'Anweisungen zur Isolation' vom BAG erhalten und wurde mit dem Inhalt vertraut gemacht.

Datum Unterschrift

Grund für den Test – durch Personal auszufüllen:

- Symptomatisch Meldung COVID-App
 Arbeitgeber Patient Kantonsarzt

Zuständiger Arzt _____

Patientenetikette
