



BC_1-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_5 - Eintrittsformular

Patientenetikette


FRAGEBOGEN COVID-19
Patient/-in

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: w m

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Kanton:

Telefon Handy:

Telefon intern, falls vorhanden:

E-Mail:

Gesundheitspersonal: Ja Nein

Nationalität: CH andere

Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

a) Symptome:

- Fieber > 38°C
 Kurzatmigkeit
 Kopfschmerzen
 Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Senioren
 Magen-/Darm-Beschwerden
 Andere Symptome:

Beschwerdebeginn:

- Husten
 Brustschmerzen
 Geruchsverlust
 Muskelschmerzen
 Atemnot
 Halsschmerzen
 Geschmacksverlust
 Hautausschläge
 keine Symptome

Hatten Sie engen Kontakt zu laborbestätigtem Fall: Ja: wann (Datum einfügen) Nein Unbekannt
Sind Sie in Quarantäne? Seit wann (Datum)

b) Grunderkrankungen:

- Diabetes
 Chronische Nierenerkrankung
 Chronische Atemwegserkrankung
 Raucher
 Herz-Kreislauf-Erkrankung
 Hoher Blutdruck
 Übergewicht (BMI > 35)
 Schwanger
 Immunsuppression
 Krebs
 keine
 andere:

c) Freizeit:

 Reiseland:
 Abreisedatum und Zeit:
 ID/Pass Nummer:

 Welchen Test benötigen sie?
 Antigen
 PCR

Anlass:

 Antigen
 PCR

d) Arbeitgeber:

- Analyse aufgrund Arbeitssicherheit bei spezifischem Expositionsrisiko am Arbeitsplatz (Kosten gehen vollumfänglich zu Lasten des Arbeitgebers)

Adresse Arbeitgeber (nur wenn Arbeitgeber zahlt):

Datum:

Unterschrift:

 Mit dem Senden des Formulars akzeptiere ich die Datenverarbeitung und bin mit den [AGB](#) und der [Datenschutzerklärung](#) einverstanden.

Durch Personal auszufüllen:
Grund für den Test:

- Symptome kompatibel mit COVID-19
 Gemäss Beprobungsstrategie
 Asymptomatischer Pat. mit Test auf Wunsch:

- Verordnet durch KAD/CONTI
 Meldung durch App
 Arbeitgeber
 Patient/-in

 Stempel +
 Visum
Freigabe für Test: Ja Nein

Freigabe für:

 PCR-Test Antigen-Test Patient den Termin bestätigt Patient informiert über Testresultat Buchhaltung

Bearbeitet durch:

am: