Patientenetikette

HIRSLANDEN
KLINIK PERMANENCE

FRAGEBOGEN COVID-19
Bei Symptomen oder Kontakt mit positiven Personen

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut leserlich aus

Name/Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ○ w ○ m

Strasse: PLZ/Wohnort: Kanton:

Mobiltelefon: Festnetztelefon:

E-Mail:

Gesundheitspersonal: ○ Ja ○ Nein

Nationalität: ○ CH ○ Andere (welche):

Versicherung:

AHV-Nummer:

Versicherungskartennummer:

Versicherungsnr. (Police Nr):

Kontaktperson (Name und Tel.-Nr.):

COVID-Impfung Ja Nein

Leben Sie in Heim/Institution? Ja Nein Wenn ja, in welchem:

Hatten Sie engen Kontakt zulaborbestätigtem Fall Ja Nein
Falls ja, wann war der Kontakt und mit wem (Bruder, Mutter, Kollegen etc.):

Symptome: **Symptome seit:** ☐ **keine Symptome**

☐ Fieber >38°C
Kurzatmigkeit
Kopfschmerzen
Husten
Brustschmerzen
Geruchsverlust
Atemnot
Halsschmerzen
Geschmacksverlust

Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Senioren
Magen-/Darm-Beschwerden
Schnupfen
Muskelschmerzen
andere Symptome:
Hautausschläge

Grunderkrankungen:

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

PCR Antigen-Schnelltest

Grund für den Test:
Symptome kompatibel mit COVID-19
Meldung durch Kantonsarzt/BAG
Kontakt zu einem laborbestätigten Fall

Durch Personal auszufüllen

Temperatur:

Puls:

Sauerstoffsättigung:

Datum Unterschrift

Mit dem Senden des Formulars akzeptiere ich die Datenverarbeitung und bin mit den AGB und der Datenschutzerklärung einverstanden.

Durch Personal auszufüllen
Patient informiert am (Datum): _____ Kürzel: _____ ☐ BAG-Meldung ☐ verrechnet

SENDEN