



FRAGEBOGEN COVID-19

bitte ausfüllen

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht w m

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Kanton:

Telefon Handy:

Telefon intern, falls vorhanden:

E-Mail:

Gesundheitspersonal: Ja Nein

wenn ja: intern extern

Nationalität: CH andere

Wohnsitz, falls nicht CH:

Beruf:

Arbeitgeber:

Versicherung:

allgemein Halbprivat Privat

Versicherung-Nr.:

AHV-Nummer:

Krankheitszustand

Keine Symptome

Beschwerdebegriff:

Symptome:

Fieber >38°C

Husten

Atembeschwerden

Kopfschmerzen

Brustschmerzen

Halsschmerzen

Magen-/Darm-Beschwerden

Geruchs- oder Geschmacksverlust

Muskelschmerzen

Hautausschläge

Andere Symptome:

Grunderkrankungen:

Diabetes

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Immunsuppression

Chronische Nierenerkrankung

Hoher Blutdruck

Krebs

Chronische Atemwegserkrankung

Übergewicht (BMI>35)

keine

Raucher

Schwanger

andere:

In den letzten 14 Tagen

Wo waren Sie? Schweiz anderes Land: Welches?

Ort:

Falls Ausland, Reise mit: Flugzeug Schiff Bahn Car/Bus Auto anderem, welchem?

Leben Sie in einem Heim/Institution? Ja Nein welchem?

Hatten Sie engen Kontakt zu laborbestätigtem Fall? Ja nein unbekannt

Wo haben Sie sich evtl. angesteckt?

Familie

Arbeit

Schule/Krippe/Kindergarten

privates Fest

Club/Disco

Restaurant/Bar

Demo/Veranstaltung

Ich bin Medizinal- oder Pflegepersonal

andere

Datum:

Bitte senden Sie das Formular vorab per E-Mail an covid.stephanshorn@hirslanden.ch.

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

durch Personal auszufüllen

Bemerkungen:

O2 Sättigung:

Temperatur:

Grund für den Test:

Symptome kompatibel mit COVID-19

Meldung durch App

Verordnet durch KAD/CONTI

präoperativ

Asymptomatischer Pat. mit Test auf Wunsch:

Arbeitgeber

Patient/-in

Zuständiger Arzt:

Freigabe für Test: Ja Nein