



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
 Versicherungs-Nr.: _____ Versichertenkarte-Nr.: _____
 AHV-Nummer: _____

Krankheitszustand Keine Symptome Beschwerdebeginn:
Symptome:
 Fieber >38°C Husten Atembeschwerden
 Kopfschmerzen Brustschmerzen Halsschmerzen
 Magen-/Darm-Beschwerden Geruchs- oder Geschmacksverlust Muskelschmerzen
 Hautausschläge Andere Symptome: _____

bitte ausfüllen, sofern verständlich und bekannt

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
 Hatten Sie Kontakt zu Personen, die aus Irland, der UK oder Südafrika zurückgekehrt sind? 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