



FRAGEBOGEN COVID-19

bitte ausfüllen

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Telefon Handy:

E-Mail:

Gesundheitspersonal: Ja Nein

Nationalität: CH andere

Beruf:

Versicherung:

Versicherung-Nr.:

Geschlecht w m

PLZ/Wohnort:

Telefon intern, falls vorhanden:

wenn ja: intern extern

Wohnsitz, falls nicht CH:

Arbeitgeber:

allgemein Halbprivat Privat

AHV-Nummer:

Hausarzt:

Kanton:

Krankheitszustand

Keine Symptome

Beschwerdebegrinn:

Symptome:

Fieber >38°C

Kopfschmerzen

Magen-/Darm-Beschwerden

Hautausschläge

Husten

Brustschmerzen

Geruchs- oder Geschmacksverlust

Andere Symptome:

Atembeschwerden

Halsschmerzen

Muskelschmerzen

Grunderkrankungen:

Diabetes

Chronische Nierenerkrankung

Chronische Atemwegserkrankung

Raucher

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Hoher Blutdruck

Übergewicht (BMI>35)

Schwanger

Immunsuppression

Krebs

keine

andere:

bitte ausfüllen, sofern verständlich und bekannt

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:

Unterschrift:

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

Verordnet durch KAD/CONTI

Asymptomatischer Pat. mit Test auf Wunsch:

Zuständiger Arzt:

Freigabe für Test: Ja Nein

Meldung durch App

präoperativ

Arbeitgeber

Patient/-in

Abgerechnet

Abstrich pos.

Abstrich neg.

Patient informiert über Testresultat