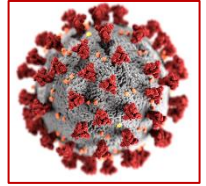


Infektiologische/Coronavirus-Ambulanz-Fragebogen:



© CDC/
Alissa Eckert, MS;
Dan Higgins, MAMS

Patient:

Vor- und Nachname:

Beruf:

Geb.-Datum:

Arbeitgeber:

Telefonnummer:

Mitarbeiter UKD: ja nein

Hausarzt:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Befinden Sie sich aktuell in einer angeordneten Quarantäne?

Ja nein Wenn ja, Datum Quarantäneende:

Haben Sie Beschwerden? Ja nein , falls nein, dann weiter mit Frage 1

Datum Beschwerdebeginn:

Aktuelle Beschwerden:

Husten: Ja nein Atemnot: Ja nein

Schnupfen: Ja nein Halsschmerzen: Ja nein

Fieber (ab 38°C): Ja nein Muskel-/Gliederschmerzen: Ja nein

Kopfschmerzen: Ja nein Durchfall: Ja nein

Übelkeit/Erbrechen: Ja nein Störung von Geruchs- u./o.
Geschmackssinn: Ja nein

1. Wo haben Sie sich in den letzten 14 Tagen vor Beginn der Beschwerden aufgehalten?

Land:

Provinz/Stadt:

Daten des Aufenthaltes:

Datum der Rückreise:

Reiseroute:

Mit welchen Verkehrsmitteln sind Sie zurückgereist?

2. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Gesundheitseinrichtung beispielsweise eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus besucht?

Ja nein Wenn ja, Ort/Datum des Besuchs:

3. Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer mit dem neuartigen Coronavirus-infizierten Person?

Ja nein Wenn ja, Ort/Datum des Kontaktes:

4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen auf einer Großveranstaltung mit über 1.000 Teilnehmern?

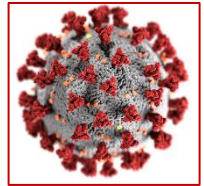
Ja nein Wenn ja, Ort/Datum/Veranstaltungsname:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Zentralbereich Klinische Infektiologie

Leiterin Dr. Dr. K. de With

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden



© CDC/
Alissa Eckert, MS;
Dan Higgins, MAMS

Allgemeine Angaben:

Rauchen Sie? Ja nein

Größe (in cm): Gewicht (in kg):

Nehmen Sie Immunsuppressiva ein? (z.B. Cortison, Methotrexat oder andere)

Ja nein Wenn ja, welche:

Sind Sie organtransplantiert?

Ja nein

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck Ja nein Schlaganfall Ja nein

Herzinfarkt/Herzschwäche Ja nein Diabetes mellitus Ja nein

Magen- und Darmerkrankungen Ja nein falls ja, welche:

Lungenerkrankungen Ja nein falls ja, welche:

Krebserkrankung Ja nein falls ja, welche:

Infektionskrankheiten Ja nein falls ja, welche:

Rheumaerkrankung Ja nein falls ja, welche:

Chronische Nierenerkrankung Ja nein falls ja, welche:

Chronische Lebererkrankung Ja nein falls ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja nein

Datum

Unterschrift

Vom Personal auszufüllen:

Abstrich erfolgt: Ja nein

Begründung:

Unterschrift Ärztin/Arzt: