



Gesundheitsfragebogen vor einer Untersuchung oder Behandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie uns mit diesem kurzem Gesundheitsfragebogen, die Gesundheit und Sicherheit aller Patienten am Universitätsklinikum Essen auch zukünftig sicherzustellen.

1. Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 38°C)? Ja Nein
2. Haben oder hatten Sie Schüttelfrost? Ja Nein
3. Haben Sie neu aufgetretenen Husten? Ja Nein
4. Haben Sie neu aufgetretenen Schnupfen? Ja Nein
5. Haben Sie neu aufgetretene Halsschmerzen? Ja Nein
6. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen? Ja Nein
7. Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen? Ja Nein
8. Haben Sie neu aufgetretene Gelenk- und/oder Gliederschmerzen? Ja Nein
9. Hatten Sie in den letzten sechs Tagen Durchfall? Ja Nein
10. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde? Ja Nein
11. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das neuartige Corona-Virus (COVID-19) besteht? Ja Nein
12. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im In- oder Ausland verreist? Ja Nein
falls „Ja“, was war Ihr Reiseziel? _____
13. Wurde bei Ihnen durch das Gesundheitsamt oder auf eigenes Verlangen ein Test auf das neuartige Corona-Virus (COVID-19) durchgeführt? Ja Nein
falls „Ja“, Ergebnis des Tests: positiv negativ (Datum: _____)

Angaben zur Begleitperson:

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

Falls Begleitperson: bitte ein weiteres Exemplar **dieses Gesundheitsfragebogens** ausfüllen.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind.

Datum _____

(TT.MM.JJJJ)

Unterschrift _____