



## Gesundheitsfragebogen vor einer Untersuchung oder Behandlung

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte helfen Sie uns mit diesem kurzen Gesundheitsfragebogen, die Gesundheit und Sicherheit aller Patienten der Universitätsmedizin Essen auch zukünftig sicherzustellen.

**Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?**

Ja  Nein

Datum	Wirkstoff
1. Impfung: ____ . ____ . ____	_____
2. Impfung: ____ . ____ . ____	_____

Symptomabfrage:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 38°C)?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Haben oder hatten Sie Schüttelfrost?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Haben Sie neu aufgetretenen Husten?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Haben Sie neu aufgetretenen Schnupfen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Halsschmerzen  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Haben Sie neu aufgetretene Gelenk- und/oder Gliederschmerzen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Hatten Sie in den letzten sechs Tagen Durchfall?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person,<br>bei der das Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurden?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person,<br>bei der ein Verdacht auf das Corona-Virus (COVID-19) besteht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. Waren Sie in letzten 14 Tagen im In- oder Ausland verreist?<br>Falls „Ja“, was war Ihr Reiseziel? _____                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. Wurde bei Ihnen durch das Gesundheitsamt ein PCR-Test auf das<br>Corona-Virus (COVID-19) durchgeführt?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls „Ja“, Ergebnis des Tests: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ, Testdatum: _____                          |                             |                               |
| 14. Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen?<br>Wenn „Ja“, wann: _____  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_