



Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Begleitperson von: _____

 (oder Patientenetikett)

Gesundheitsfragebogen vor einer Untersuchung oder Behandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Symptome:

- Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Fieber (über 38°C) oder abwechselndes Schwitzen und Frieren? ja nein
- Haben Sie neu Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen? ja nein
- Haben Sie in den letzten Tagen neu anhaltenden Husten? ja nein
- Haben Sie in den letzten Tagen neu Halsschmerzen? ja nein
- Haben Sie in den letzten Tagen neu Durchfall? ja nein
- Leidet ein Familienmitglied oder eine enge Kontaktperson von Ihnen unter oben genannten Symptomen? ja nein

Sind Sie bereits an CORONA-erkrankt gewesen? Ja Nein

Falls ja, wann? _____

Haben Sie bereits eine Impfung gegen das Corona-Virus erhalten? ja nein

Falls ja:

1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____ 4. Impfung: _____

Impfstoff: _____ Impfstoff: _____ Impfstoff: _____ Impfstoff: _____

Sollten Sie vollständig geimpft sein, so legen Sie bitte Ihren Impfausweis/ Impf-APP unaufgefordert in Ihrem jeweiligen Behandlungsbereich vor!

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf das öffentliche Gesundheitssystem haben können.

Nachweis geprüft :

Geimpft:

Genesen (innerhalb der letzten 3 Monate):

Getestet:

_____ Datum _____ Unterschrift Triage

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____ Telefon: _____

Unterschrift Arzt/Pflegekraft: _____