

Fragebogen zur Beurteilung des Risikos einer Covid-19 Infektion beim Erwachsenen

Programmierter stationärer Aufenthalt

Zugang Ambulatorium

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnsitz: _____

Kontakt mit Personen mit nachgewiesenem oder Verdacht auf Covid-19 Infekt:
(bitte genau Kontakte beschreiben, z.B. Familienangehörige)

Ja Nein

Unter Quarantäne gestellt:

Ja Nein

Aufenthalt in einem Risikoumfeld:

(bitte genau Aufenthalte angeben, z.B. Altersheim)

Ja Nein

Derzeitige typische Beschwerden für Covid-19-Infektion?

Husten

Ja Nein

Fieber

Ja Nein

Atemnot (Dyspnoe)

Ja Nein

Vorerkrankungen:

(z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen)

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Körpertemperatur:

Haben Sie in den letzten Wochen einen Abstrich auf Covid-19 gemacht?

Ja Nein

Der Patient wurde darüber informiert, dass trotz aller Vorsichtsmaßnahmen auch der Aufenthalt in den Gesundheitseinrichtungen das Risiko einer versehentlichen Ansteckung mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) bergen kann.

Datum und Uhrzeit: _____

Unterschrift des Patienten/der Patientin
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Arztes/der Ärztin oder eines
Vertreters/einer Vertreterin der
Gesundheitsberufe

Questionario per valutazione del rischio di un'infezione Covid-19 in paziente adulto/a

Accesso per ricovero programmato

Accesso ambulatoriale

Nome: _____

Data di nascita: _____

Residenza: _____

Contatto o esposizione con persone con accertata o sospetta infezione Covid-19:
(si prega di precisare eventuali contatti, p.es. famigliari):

Sì No

Sottoposto a quarantena:

Sì No

Residenza in luogo di rischio:

(si prega di precisare eventuali luoghi, p.es. casa di riposo)

Sì No

Eventuali attuali sintomi tipici per Covid-19?

Tosse

Sì No

Febbre

Sì No

Difficoltà di respiro (dispnea)

Sì No

Malattie croniche:

(es. Diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie)

Sì No

Se si quali? _____

Temperatura corporea:

Nelle ultime settimane è stato sottoposto a tampone per escludere l'infezione da Covid-19?

Sì No

Il paziente è stato informato che, nonostante l'adozione di ogni precauzione, anche la permanenza all'interno di strutture sanitarie può comportare un rischio di contagio accidentale da coronavirus (SARS-CoV-2).

Data e ora: _____

Firma del/della paziente
(o del/della rappresentante legale)

Firma del medico o del personale tecnico-
assistenziale