

Pat.Name:

Geb.Datum:

Tel.Nr.:

Checkliste Corona

Pat Reiserückkehrer aus folgendem Land:

Glaubhaft nachgewiesen durch

Beleg

Unterschrift

Patienten Unt.: _____

Hatten Sie zu einem positiv getesteten COVID-19 Patienten Kontakt?

ja

nein

Haben Sie Symptome?

nein

Husten

Atemnot

Fieber

Kopfschmerzen

Halsschmerzen

Schnupfen

Störung von Geruch/Geschmack

Krankheitsgefühl

Risiko für schweren Verlauf?

Alter>65

Lungenerkrankung

Immunsuppression

Arbeit mit Risikogruppen:

nein

ja:

Abstrich:

ja

nein

Befund:

SAO:

Puls:

Temp:

Lunge:

Rachen:

Wer ist der Hausarzt?

selbst

anderer:

Sonstiges: