

*Patientenidentifikation*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine ambulante Vorstellung, eine tagesklinische Betreuung bzw. eine stationäre Aufnahme am Universitätsklinikum Jena erfolgen. Um das Risiko für eine unerkannte „Corona-Infektion“ und damit der möglichen Ansteckung anderer Patienten und Personal zu minimieren, bitten wir Sie, vorab folgende Fragen zu beantworten.

*Vom Patienten auszufüllen:*

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen (nicht dauerhaft im Rahmen einer Vorerkrankung):**

**Kontakt**

Direkten Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person, oder Person, die in häuslicher Quarantäne ist  ja  nein

Stehen Sie oder eine andere Person in Ihrem Haushalt unter häuslicher Quarantäne?  ja  nein

**Symptome**

Husten oder Schnupfen  ja  nein

Fieber  ja  nein

Einnahme fiebersenkender Medikamente (Paracetamol, Ibuprofen, Novalgin, Aspirin (>100 mg))  ja  nein

Durchfall  ja  nein

Gliederschmerzen  ja  nein

Geschmacks- / Geruchsverlust  ja  nein

Hatten Sie eine COVID-Infektion? (in den letzten 6 Monaten)  ja  nein

Wenn ja, Befunddatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie vollständig geimpft? (14d nach zweiter Impfung)  ja  nein

*Von Tagesklinik/Ambulanz/Station auszufüllen:*

Gesichtet: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ambulanzbesuch möglich:  ja  nein

*Vom behandelnden Arzt auszufüllen:*

Falls nein: SARS-CoV-2 Abstrich erfolgt am: \_\_\_\_\_ Ergebnis:  Positiv  negativ

Gesichtet: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_