

Patient:
Name:
Adresse:
geb.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine zahnmedizinische Vorstellung 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 und Ihre Temperatur einmal messen zu lassen.

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Stehen Sie oder eine andere Person in Ihrem Haushalt unter häuslicher Quarantäne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Symptome	Husten oder Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einnahme fiebersenkender Medikamente (Paracetamol, Ibuprofen, Novalgin, Aspirin (>100 mg))	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Durchfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Geschmacks- / Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Temperaturmessung in der Ambulanz: _____ °C

(wird vom UKJ Personal eingetragen)

Temperatur > 37,5 °C ja nein

Datum: _____ Unterschrift Patient/-in: _____

Durch behandelnde/n Arzt / Ärztin auszufüllen:

Gesichtet: _____	Unterschrift: _____	Datum: _____
(Arzt / Ärztin)		
Möglich: Ambulanz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		