

# Kurz-Anamnesebogen COVID-19

Praxis: Dr. Sabine Kopezc / St. Leon-Rot

Datum:

Nachname:

Vorname:

Geburtstag:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden von uns streng vertraulich behandelt. **Daher beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand bitte möglichst genau!**

	Nein	Ja	Bemerkungen
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?			
Hatten Sie Kontakt zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter)			
Sind Sie momentan erkrankt?  Falls ja, seit wann?			Husten Halsschmerzen Durchfall Geschmack- und Geruchlosigkeit Luftnot Fieber
Trifft mindestens einer dieser Risikofaktoren bei Ihnen zu?			Herz-Vorerkrankungen Lungen-Vorerkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis) chronische Lebererkrankungen Diabetes mellitus onkologischer Patient (Chemotherapie) immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

**Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.**

Unterschrift Patient (bitte Dokument ausdrucken und hier unterschreiben)

Datum