



Fragebogen COVID-19

Patient/in

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: ___/___/_____

Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Telefon Handy: _____ Telefon intern, falls vorhanden: _____

E-Mail _____

Gesundheitspersonal: Ja Nein wenn ja: intern (KSB) Extern

Nationalität CH andere: _____ Wohnsitz, falls nicht CH: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber/Abteilung/Schule: _____

Versicherung: _____ allgemein Halbprivat Privat

Diagnose und Manifestation

Beschwerdebeginn: ___/___/_____

Symptome: keine Symptome

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber $\geq 38^{\circ}$ C | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust |
| <input type="checkbox"/> akute Verwirrtheit od. Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Senioren | | |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Andere Symptome: _____ | | |

Grunderkrankung: keine Schwanger Raucher

Eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Herz- Kreislauferkrankung, Immunsuppression, Chronische Nierenerkrankung, Hoher Blutdruck, Krebs, Chron. Atemwegserkrankung, Übergewicht (BMI > 35)

Hatten Sie engen Kontakt zu laborbestätigtem Fall: Ja Nein Unbekannt Wann? ___/___/_____

Leben Sie in Heim/Institution? Ja nein welchem?: _____

Hatten Sie bereits COVID-19? Ja nein falls ja: vor weniger als 3 Monaten?

Sind Sie gegen COVID-19 geimpft worden? Ja nein

Sind Sie in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland gekommen? Ja nein falls ja: von wo? _____

Ich bestätige, die Informationen auf der KSB-Webseite gelesen zu haben

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____

NUR für KSB-Mitarbeiter:

Arbeitsort im KSB: _____

Wo/Wie/Wann denken Sie haben Sie sich angesteckt? _____

Durch Personal auszufüllen: Muss auf INZ? 0 Nein 0 Ja

Grund für den Test:

Symptome kompatibel mit COVID-19 Asymptomatischer Pat

Test für Zertifikat (Selbstzahler): PCR Antigentest <16 Jahre, Attest «kann nicht impfen» oder dokumentierte erste Impfung erhalten

ID _____ CH anderes: _____

Unterschrift Osterglocke/Zuständiger Arzt

Puls:
Sättigung:
Temp:
Gewicht
Grösse: