



# Fragebogen COVID-19

## Appointment

### Patient

yes (Ja)  No (Nein) Time: \_\_\_\_\_

Name / First name: \_\_\_\_\_

Date of birth (Geburtsdatum): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  female (w)  male (m)

Address: street: \_\_\_\_\_ PLZ/City: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Mobile phone (Handy): \_\_\_\_\_ if working at KSB: KSB phone (Tel KSB): \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Healthcare worker (Gesundheitspersonal):  yes (Ja)  No (Nein) *if yes: (wenn ja):*  at KSB  not KSB

Nationality (Nationalität)  Switzerland (CH)  other (andere): \_\_\_\_\_

Profession (Beruf): \_\_\_\_\_ Place of work (Arbeitgeber/Abteilung): \_\_\_\_\_

Health Care insurance (Krankenkasse): \_\_\_\_\_  allgemein  Halbprivat  Privat

### Minor (Minderjährige/r Patient/in, folgende Angaben betreffen die erziehungsberechtigte Person)

Name / First name of parent or legal guardian: \_\_\_\_\_

Address of parent or legal guardian (if different): \_\_\_\_\_

## Diagnosis and manifestation

Have you already done a Covid self-test at home:  yes (Ja), positive result? \_\_\_\_\_  No (Nein)

Date of initial symptoms/signs (Beschwerdebeginn): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vaccinated against COVID-19:  yes  no **if yes**, number of vaccinations?: \_\_\_\_\_

Do you live in an institution?  yes  no which?: \_\_\_\_\_

Have you had COVID-19?  yes  no **If yes:**  less than 6 weeks ago?

Are you immunocompromised?  yes  no

I confirm to have read the informations on the website of the Kantonsspital Baden

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### NUR für KSB-Mitarbeiter: (Employees only)

Arbeitsort im KSB: \_\_\_\_\_

Wo/Wie/Wann denken Sie haben Sie sich angesteckt? \_\_\_\_\_

**(office use, do not fill out)** Muss auf INZ? 0 Nein 0 Ja

### Grund für den Test:

Symptome kompatibel mit COVID-19  Asymptomatischer Pat

Test für Zertifikat (Selbstzahler):  PCR

ID \_\_\_\_\_  CH  anderes: \_\_\_\_\_

Unterschrift Osterglocke/Zuständiger Arzt

Puls:
Sättigung:
Temp:
Gewicht
Grösse: