

Patienten-Selbstauskunftsbogen bei COVID-19 Abstrich

(Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben)

Personenbezogene Angaben		Barcode Etikett	
Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort	
Telefonnummer		ggf. E-Mail-Adresse	
Hausarzt		Telefonnummer	
Anschrift		PLZ, Ort	
Krankenversicherung			
Versichertennummer			
Leiden Sie unter folgenden Symptomen?			
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Geruchssinn beeinträchtigt	
<input type="checkbox"/> Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Geschmackssinn beeinträchtigt	
Sind bei Ihnen chronische Grunderkrankungen bekannt?			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, z. B. Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	
<input type="checkbox"/> Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2	<input type="checkbox"/>	
Werden Sie in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen oder wechseln Sie die Einrichtung?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Einrichtung / Ansprechpartner*1:		
Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb des Kreises Lippe aufgehalten?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:		
Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name der Person:	
		Wohnort der Person:	
Art / Ort des Kontaktes			
<input type="checkbox"/> direkt	<input type="checkbox"/> indirekt (größerer Abstand)	<input type="checkbox"/> Familienkreis	<input type="checkbox"/> Feier <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz / Meeting
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage auf einer Großveranstaltung? (z. B. Konzert, Messe)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:		
WICHTIG! Angabe aktueller Beruf / Arbeitgeber bzw. Schule oder Kita			
Sind Sie Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr oder in anderen Bereichen ehrenamtlich tätig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:		

Sind sie in einer der folgenden Einrichtungen ... ?

- untergebracht
- tätig

- Medizinische Einrichtung:
ambulant oder stationär (z.B. Arztpraxis, Rettungsdienst, Rehaeinrichtung...)

- Gemeinschaftseinrichtung:
(z.B. Kita, Schulen)

- Pflege- und andere Wohneinrichtung:
(Altenheim, Massenunterkünfte, ...)

- Sonstige Einrichtungen:
(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)

Corona-Warn-App

Ich habe eine sog. „Corona-Warn-App“

- Ja
- Nein

Falls Ja:

Ich habe die Meldung „erhöhtes Risiko“ erhalten

- Ja
- Nein

Einreise aus dem Ausland

Ich bin vor nicht mehr als 72 Stunden aus dem Ausland nach Deutschland eingereist:

- Ja
- Nein

Einverständnis zur anonymen Nutzung des Testergebnisses

Ich bin damit einverstanden, dass das Testergebnis für den Zweck der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server übermittelt wird.

- Ja
- Nein

Datenschutz

Den Abschnitt mit den Hinweisen zum Datenschutz habe ich erhalten

Ort, Datum

Unterschrift