



## Risikoanalyse Covid 19

### Patientendaten/ Besucherdaten

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Telefonnr.:

---

### Neu aufgetretene Symptome

#### Husten

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen oder haben Sie aktuell Husten?

Ja  Nein

#### Schnupfen

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen oder haben Sie aktuell Schnupfen?

Ja  Nein

#### Heiserkeit

Haben Sie Heiserkeit?

Ja  Nein

#### Fieber

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen oder haben Sie aktuell Fieber?

Ja  Nein  Temperatur: \_\_\_\_\_

#### Luftnot

Haben Sie Luftnot?

Ja  Nein

#### Geruchssinn beeinträchtigt

Hat sich Ihr Geruchssinn verändert?

Ja  Nein



## Risikoanalyse Covid 19

### Geschmackssinn beeinträchtigt

Hat sich Ihr Geschmacksinn verändert?

Ja  Nein

### Durchfall

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen oder haben Sie aktuell Durchfall?

Ja  Nein

### Kontakt

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen privat Kontakt zu einem positiven COVID-19 Fall?

Ja  Nein

### Risikoprofil

Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für betreutes Wohnen?

Ja  Nein

### Weitere Angaben

Sind Sie aktuell vom Gesundheitsamt in häusliche Isolation (Quarantäne) geschickt worden?  
Wenn ja, bis wann?

Ja , bis \_\_\_\_\_ Nein

Geimpft

Genesen

POC Testdatum vom:

### Grund des Besuches:

Patienten

Besucher

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten\*innen

\_\_\_\_\_  
HDZ der Mitarbeiter\*innen