

Selbstauskunft für Patientinnen und Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der momentanen Corona-Pandemie ist es erforderlich, vor der stationären Aufnahme in den Frankfurter Rotkreuz-Kliniken, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten. **Diese Befragung dient Ihrer eigenen Sicherheit sowie der Sicherheit von anderen Patientinnen und Patienten sowie des Klinikpersonals.**

Sollten Sie die beschriebenen Beschwerden an sich feststellen, nehmen Sie bitte **umgehend Kontakt zu Ihrem behandelnden Arzt** auf. **Sobald Sie wieder beschwerdelos sind, kann ein neuer Termin zur Behandlung vereinbart werden.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Bitte ausfüllen:

	Ja	Nein
neu aufgetretenes Fieber ($\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ Ohr- oder Hautmessung, $\geq 38^{\circ}\text{C}$ rektal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neu aufgetretener Husten oder Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neu aufgetretener Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neu aufgetretene Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neu aufgetretene Störung des Geschmacks- und Geruchssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
In den letzten 7 Tagen hatte ich Kontakt mit einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mir wurde in den letzten 14 Tagen ein Covid-19 Test durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mir liegt ein aktueller Nachweis über eine COVID-19 Infektion vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ich bin bereits geimpft (Impfausweis vorlegen) <input type="checkbox"/>
1x geimpft <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> 3x geimpft <input type="checkbox"/> 4x geimpft <input type="checkbox"/> 5xgeimpft <input type="checkbox"/>
Ich bin nicht geimpft <input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt worden sind:

(Datum, Unterschrift)

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Ihr Wohl und das unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steht für die Frankfurter Rotkreuz-Kliniken an erster Stelle. Daher testen wir alle Patientinnen und Patienten auf Coronaviren.

Name:	Datum/Uhrzeit der Abnahme
Vorname:	
Geb.-Datum:	Testergebnis/Uhrzeit der Testablesung
Adresse:	
	Positiv Negativ
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Unterschrift des Probennehmers
Tel.:	_____
	(Datum, Unterschrift)