

# 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 14 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 2x geimpft (Impfausweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht geimpft oder nur 1x geimpft	<input type="checkbox"/>
Ich bin Covid-19 Genesen (Genesenen-Pass oder Bescheinigung vorlegen)	<input type="checkbox"/>
Ich bin Covid-19 Genesen und habe 1. Impfung erhalten (Genesenen-Pass oder Bescheinigung und Impfausweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>

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

**Pat. Daten**

Name:
Vorname:
Adresse:
Tel.:

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)