

FRAGEBOGEN Corona-Sprechstunde – Standort Moselweiß, Koblenzer Str. 85, 56073 Koblenz

- 1.) Name, Vorname, Geburtsdatum: _____
- 2.) Aktuelle Telefonnummer: _____
- 3.) Aktuelle Wohnsituation: Alleine
 Zusammen mit Familie/ Wohngemeinschaft
 in einer betreuten Gemeinschaftseinrichtung/ im Pflegeheim oder in
 einer sonstigen Wohneinrichtung
- 4.) Sind Sie in einem der folgenden Bereiche tätig?
 Im medizinischen Bereich (z.B. Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus, Rettungsdienste, Reha-Einrichtung)
 In einer Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Schule, Kita, Universität, Heim)
 In sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorge-Einrichtungen, ambulante
Dienste der Eingliederungshilfe)
 Nein, in keinem der genannten Bereiche
- 5.) Welche der folgenden Symptome hatten Sie in den letzten 3 Tagen? (Mehrfachauswahl möglich)
- Fieber: nein ja – Temperatur: _____ °C
 - Schüttelfrost: nein ja
 - Husten nein ja
 - Schnupfen nein ja
 - Halsschmerzen nein ja
 - Luftnot nein ja
 - Glieder-/ Kopfschmerzen nein ja
 - Geschmacks- oder Geruchsverlust nein ja
 - Unwohlsein nein ja
 - Durchfall nein ja
- 6.) Rauchen Sie? nein ja
- 7.) Sind Sie schwanger? nein ja
- 8.) In den **letzten 2** Wochen:
- Kontakt zu Coronavirus-Kranken: nein ja
- Aufenthalt in Risikogebieten: nein ja
- Teilnahme an einer Veranstaltung **ohne ausreichendes** Einhalten der AHA-Regeln (Abstand, Hygiene,
Atemschutzmaske): nein ja

(z.B. Familienfeiern (Geburtstage, Hochzeiten, Beerdigungen), Partys, Discobesuch, Festivitäten oder
Vereinstätigkeiten (z.B. Kegelclub, Chor, Tanzen, Volkshochschulkurse), Sportveranstaltungen etc.)
- 9.) Hatten Sie schon einmal einen Corona-Abstrich? nein ja - wann ? _____
- negativ positiv
- 10.) Wie soll das Testergebnis an Sie übermittelt werden?
 Übermittlung an die Corona-Warn-App
 Telefonisch

VORTEIL Corona-Warn-App: Ergebnis unmittelbar abrufbar, sobald das Labor das Ergebnis frei gibt
(meist innerhalb der nächsten 24 Stunden).

NACHTEIL telefonische Besprechung Arzt: kann zu verzögerter Befundübermittlung und dadurch
verlängerter häuslicher Isolierung führen!

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigter _____