



## Gesundheitsfragebogen vor einer Untersuchung oder Behandlung

### Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie uns mit diesem kurzem Gesundheitsfragebogen, die Gesundheit und Sicherheit aller Patienten am Universitätsklinikum Essen auch zukünftig sicherzustellen.

1. Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 38°C)?  Ja  Nein
2. Haben Sie Schüttelfrost?  Ja  Nein
3. Haben Sie neu aufgetretenen Husten?  Ja  Nein
4. Haben Sie neu aufgetretenen Schnupfen?  Ja  Nein
5. Haben Sie neu aufgetretene Halsschmerzen?  Ja  Nein
6. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen?  Ja  Nein
7. Haben Sie neue aufgetretene Geschmacksstörungen?  Ja  Nein
8. Haben Sie seit weniger als 1 Woche Durchfall?  Ja  Nein
9. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?  Ja  Nein
10. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das neuartige Corona-Virus (COVID-19) besteht?  Ja  Nein

Angaben zur Begleitperson:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Falls Begleitperson: bitte ein weiteres Exemplar **dieses Gesundheitsfragebogens** ausfüllen.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind.

Datum \_\_\_\_\_

(TT.MM.JJJ)

Unterschrift \_\_\_\_\_