

Fragebogen COVID-19

Коронавирус (COVID-19) - Анкета для пациентов, идущих на амбулаторный приём или в стационар.

Vorname, Name

Имя и фамилия

Geburtsdatum

Дата рождения

Tel. Nr.

Телефон.

Adresse

Почтовый индекс, Адрес

Haben Sie Beschwerden?

1. Есть ли у вас какие-либо жалобы?

Nein / Ja / welche (Husten / Heiserkeit / Geschmacksverlust / Kopfschmerzen / Fieber/ Luftnot)

Нет / да / какие (Кашель / хриплый голос / потеря вкуса / головная боль / повышенная температура / одышка)

2) 2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen persönlichen Kontakt (z.B. Gespräch, Umarmung) mit einer Person von der Sie wissen, dass das Coronavirus sicher in einem Labor nachgewiesen wurde oder befinden Sie sich derzeit in einer angeordneten Quarantäne?

2. За последние 14 дней у вас был личный контакт (например, беседа, объятия) с человеком, о котором вы знаете, что у него / нее был лабораторно выявлен коронавирус или находитесь ли вы на данный момент на предписанном карантине?

Nein / Ja

Нет / Да

Waren Sie in den letzten 2 Wochen verreist?

3. Вы путешествовали в течение последних 2 недель?

Nein / ja / in welches Land / Bundesland?

Нет / да / в какую страну / по Германии (в какой области)