

# Fragebogen Coronavirus (COVID-19) für Patient\*innen der Radiologie Itzehoe

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(1) Haben Sie aktuell folgende Beschwerden:

- Fieber, Husten, Luftnot
- Durchfall
- Geruchs- und Geschmacksverlust
- Kopf- und Gliederschmerzen
- Risikogruppe: Tumor, Chemotherapie, Rheuma-/MS-Pat.  
unter Immunsuppression etc.

(2) Hatten Sie Kontakt mit einer Person, bei der eine  
Coronavirus-Infektion **festgestellt oder vermutet wird** oder  
waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI  
definierten **Risikogebiet**?

- Ja
- Nein

(3) Wurde bei Ihnen bereits ein Abstrich genommen?

- Ja      Wenn ja:  Corona-positiv     Corona-negativ
- Nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Angaben wahrheitsgemäß und  
vollständig getätigt zu haben. Darüber hinaus liegen mir keine weiteren  
Erkenntnisse vor, die eine sonstige Vermutung für eine Infektion mit dem  
Coronavirus vermuten lassen. Mir ist bewusst, dass ich für falsche Angaben  
ggf. in Haftung genommen werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_