



Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Fragebogen zu COVID-19

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin mit.

1. Haben Sie eines der folgenden Symptome?

	Ja	Nein
Husten		
Schnupfen		
Halskratzen oder Halsschmerzen		
Fieber (> 38° = ja)		
Neu aufgetretener Geschmacks- oder Geruchsverlust		

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall in Ihrem Haushalt?

Ja

Nein

3. Warten Sie aktuell auf das Ergebnis eines Corona-Abstriches?

Ja

Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Stand: 8. Juni 2020



Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer