

 BARMHERZIGE BRÜDER KRANKENHAUS EISENSTADT	<b>Fragebogen</b> <b>Ersteinschätzung</b> <b>COVID-19</b> 012/06.2022	 KRAGES BURGENLÄNDISCHE KRANKENANSTALTEN GESELLSCHAFT M.B.H.

**Patient:**

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name: _____	Tel.: _____
Geburtsdatum: _____	Soz.V.Nr.: _____
Adresse: _____	

Haben/hatten Sie in/seit letzten 48 Stunden Fieber?	JA <input type="checkbox"/> Temp.: _____	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Halsschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Husten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Erbrechen/Durchfall	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... vermehrte Kopfschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_

✂ -----

 BARMHERZIGE BRÜDER KRANKENHAUS EISENSTADT	<b>Fragebogen</b> <b>Ersteinschätzung</b> <b>COVID-19</b> 012/06.2022	 KRAGES BURGENLÄNDISCHE KRANKENANSTALTEN GESELLSCHAFT M.B.H.

**Patient:**

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name: _____	Tel.: _____
Geburtsdatum: _____	Soz. V. Nr.: _____
Adresse: _____	

Haben/hatten Sie in/seit letzten 48 Stunden Fieber?	JA <input type="checkbox"/> Temp.: _____	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Halsschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Husten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... Erbrechen/Durchfall	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... vermehrte Kopfschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_