



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS EISENSTADT

Fragebogen
Ersteinschätzung
COVID-19
012/06.2022



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: _____