

Dear Madam/Sir,

Due to the current coronavirus diseases (COVID-19), the clinic conducts a general survey of possible contacts and / or symptoms for all patients, relatives and visitors. This gives you, all other patients and us the security of preventing further spread of the virus. Please remember that accompanying relatives who stay in the family room, in the delivery room or in the ward for a long time must also fill out the questionnaire.

Thank you for your help and support!
Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der aktuellen Coronaviruserkrankungen (COVID- 19) führt das Klinikum bei allen Patienten/innen, Angehörigen und Besuchern eine allgemeine Befragung zu möglichen Kontaktpersonen und/oder möglichen Symptomen durch.

Dies gibt Ihnen, allen anderen Patienten/innen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Bitte denken Sie daran, dass auch begleitende Angehörige, die im Familienzimmer, im Kreißaal oder auf Station längere Zeit verweilen, den Fragebogen ausfüllen müssen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

<input type="checkbox"/> Emergency/Notfallpatient	<input type="checkbox"/> Patient with appointment/Patient mit Termin
Patient's name: / Name des/r Patienten/in: _____	
<input type="checkbox"/> Visitor/Besucher	Family member / Familienmitglied: Yes/ Ja <input type="checkbox"/> No/ Nein <input type="checkbox"/>

PERSONAL INFORMATION: / PERSONENANGABEN:

Surname, First Name: / Name, Vorname: _____

Telephone: / Telefon: _____

Address: / Anschrift: _____

PLEASE REPLY THOROUGHLY BELOW QUESTIONS! BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN VOLLSTÄNDIG!

Have you been diagnosed with Corona virus in the past 3 weeks? / Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Wochen eine Infektion mit Corona-Virus nachgewiesen? Yes/Ja No/Nein

Have you had contact with a person who has COVID-19 in the past 14 days? / Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist? Yes/Ja No/Nein

Have you had any of the following symptoms in the past 14 days? / Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten?

Smell or taste disorders? / Geruchs- oder Geschmacksstörungen? Yes/Ja No/Nein

Temperature? / Fieber? Yes/Ja No/Nein

Dry cough, breathing problems, sore throat, runny nose, fatigue, headache and body aches and / or diarrhea? / Trockener Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen und/oder Durchfall? Yes/Ja No/Nein

Only for patients before the treatment:/ Nur bei Patienten/innen vor der Behandlung:

Fever measurement as part of the control
(from 37,6°C – elevated temperature)/ **Nur bei Patienten/innen vor der Behandlung:**

_____ °C

Date, Signature/ Datum, Unterschrift

Patient, Family member, Visitor/ Patienten, Angehörigere, Besucher

Date, Name and signature/ Patienten, Angehörigere, Besucher
Member of staff/Doctor / Mitarbeiter/Arzt

(only for patient)/ (nur bei Patienten)

Weitere Vorgehensweise entspr. der Anweisung AA/Z04/MEDÜ/3.2.1
„Screening Covid-19 bei Aufnahme“ in seiner jeweils aktuellen Fassung

Zum Verbleib in der Patientenakte (nur bei Patienten)



Die Ehrenamtlichen Sprach- und Kulturvermittler der
Stadt Aschaffenburg haben diesen Text übersetzt.



Mehr Infos finden Sie unter: www.integration-aschaffenburg.de