

## Questionnaire COVID- 19 Screeningbogen COVID- 19

Klinikum  
Aschaffenburg-Alzenau

Chère Madame, cher Monsieur,  
en raison des maladies à coronavirus actuelles (COVID- 19), l'hôpital demande en général que tous les patients, les parents et les visiteurs remplissent le questionnaire COVID- 19 concernant des éventuelles personnes de contact ou des éventuels symptômes.

Cela donne à vous ainsi qu'à tous les autres patients et à nous comme hôpital la sûreté nécessaire pour éviter une nouvelle propagation du virus. N'oubliez pas que les membres de la famille qui vous accompagnent et qui restent quelque temps dans la chambre familiale, la salle d'accouchement ou le service doivent également remplir le questionnaire COVID- 19.

Merci pour votre aide et votre soutien!

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 Kreißsaal oder auf Station längere Zeit verweilen, den Fragebogen ausfüllen müssen.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

**Patient aux urgences**  
**Notfallpatient**

**Patient avec rendez-vous**  
**Patient mit Termin**

**Nom du patient:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten/in:**

**Visiteur**  
**Besucher**

**Membre de la famille: Oui /Ja [ ] Non/Nein [ ]**  
**Familienmitglied:**

### **COORDONNÉES PERSONNELLES:/PERSONENANGABEN:**

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Telephon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **VEUILLEZ REpondre À TOUTES LES QUESTIONS S.V.P.!** **BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN VOLLSTÄNDIG!**

Avez-vous été diagnostiqué comme ayant une infection  
par le coronavirus au cours des 3 dernières semaines?

Oui/Ja [ ] Non/Nein [ ]

Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Wochen eine Infektion  
mit Corona-Virus nachgewiesen?

-----

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de COVID- 19 au cours des 14 derniers jours?  
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist?

Oui/Ja [ ] Non/Nein [ ]

Avez-vous ressenti un ou plusieurs des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours?  
Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten?

Troubles de l'odorat ou du goût?  
Geruchs- oder Geschmacksstörungen?

Oui/Ja [ ] Non/Nein [ ]

Fièvre?  
Fieber?

Oui/Ja [ ] Non/Nein [ ]

Toux sèche, difficultés respiratoires, mal de gorge, rhume, fatigue, mal de tête, douleurs dans les membres et/ou diarrhée?

Oui/Ja [ ] Non/Nein [ ]

Trockener Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen und/oder Durchfall?

**Uniquement pour les patients avant le traitement:**  
**Nur bei Patienten vor der Behandlung:**

Mesure de la fièvre dans le cadre du contrôle  
Fiebermessung im Rahmen der Kontrolle

(à partir de 37,6°C – température élevée)  
(ab 37,6°C – erhöhte Temperatur)

\_\_\_\_\_ °C

\_\_\_\_\_  
Date, signature/Datum, Unterschrift  
Patient/Parents/Visiteurs  
Patient/Angehörige/Besucher

\_\_\_\_\_  
Date, signature/Datum, Unterschrift  
Collaborateur/Médecin  
Mitarbeiter/Arzt

**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](http://www.integration-aschaffenburg.de)