

**Screeningbogen COVID- 19**  
**Questionario COVID- 19**

Klinikum  
Aschaffenburg-Alzenau

Gentili signori e signore,  
a causa delle attuali malattie causate dal coronavirus (COVID- 19) il Klinikum Aschaffenburg-Alzenau richiede in generale che tutti i pazienti, i loro parenti e visitatori compilino il presente questionario riguardo ad eventuali persone con cui sono stati a contatto e/o riguardo ad eventuali sintomi.

Questo dà sia a voi, sia a tutti gli altri pazienti e sia a noi come ospedale la sicurezza di poter evitare un ulteriore diffondersi del virus. Vi preghiamo di non dimenticare che anche i parenti che vi accompagnano e che si trattengono per un certo tempo nella stanza di famiglia, nella sala parto o nel reparto devono compilare il questionario COVID- 19. Grazie per il vostro aiuto ed il vostro sostegno!

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!

**Paziente del pronto soccorso**  
**Notfallpatient**

**Paziente con appuntamento**  
**Patient mit Termin**

**Nome del paziente:** \_\_\_\_\_

**Name des/r Patienten/in:**

**Visitatore**  
**Besucher**

**Familiare:**  
**Familienmitglied:**

**Sì**   
**Ja**

**No**   
**Nein**

**DATI PERSONALI:/PERSONENANGABEN:**

Cognome, nome: \_\_\_\_\_

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

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

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

**VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE!**

**BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN VOLLSTÄNDIG!**

Le è stata diagnosticata un'infezione da coronavirus  
nelle ultime 3 settimane? Sì/Ja[ ]    No/Nein[ ]

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

-----  
Ha avuto contatti con una persona ammalata di  
COVID- 19 negli ultimi 14 giorni? Sì/Ja[ ]    No/Nein [ ]

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer  
Person, die an COVID- 19 erkrankt ist?

-----  
Lei stessa ha avuto uno o alcuni dei seguenti sintomi durante gli ultimi 14 giorni?  
Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten?

Disturbi dell'odorato o del gusto ? Si/Ja [ ] No/Nein [ ]  
Geruchs- oder Geschmacksstörungen?

-----  
Febbre? Si/Ja [ ] No/Nein [ ]  
Fieber?

-----  
Tosse secca, difficoltà respiratorie, mal di gola,  
raffreddore, stanchezza, mal di testa, dolori muscolari Si /Ja[ ] No/Nein [ ]  
e/o diarrea?  
Trockener Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen,  
Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und  
Gliederschmerzen und/oder Durchfall?

-----  
**Riguarda solo i pazienti prima del trattamento:**

**Nur bei Patienten/innen vor der Behandlung:**

Misurazione della febbre nell'ambito del controllo

Fiebermessung im Rahmen der Kontrolle

**(a partire da 37,6°C – temperatura elevata)**

**(ab 37,6°C – erhöhte Temperatur)**

\_\_\_\_\_°C

-----  
Data, firma/Datum, Unterschrift  
Paziente/Parente/Visitatore  
Patient/Angehörige/Besucher

Data, firma/Datum, Unterschrift  
Collaboratore/Medico  
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)