



Manfred Heinen

Ärztlicher Psychotherapeut
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie

Kurzscreening während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in