

Stand: 14.05.20

UKB-Informationen zu COVID 19 – Coronavirus

Nr.: 067

**Neuer Aufnahmefragebogen für Patient*innen mit Corona-Verdacht erhältlich
(mehrsprachig)**

■ Wir haben den Fragebogen für Patienten mit Corona-Verdacht aktualisiert. Sie können ihn unter der MZ03301 in der Druckerei bestellen oder hier herunterladen und selbst ausdrucken.

■

استبيان للمرضى

عزيزتي المريضة، عزيزي المريض،

تُستخدم الأسئلة التالية في الكشف المبكر عن أي مرض كورونا موجود. نرجو منكم الإجابة بإيجاز:

☐ لا	☐ نعم	أ- هل أجريت اختبار Covid-19؟
		إذا كان الأمر كذلك، فمتى؟ _____
☐ سلبي	☐ إيجابي	إذا كان الأمر كذلك، فما النتيجة؟
ب- الشكاوي		
☐ لا	☐ نعم	هل تعاني حاليًا من البرد (سيلان الأنف والتهاب الحلق، وما إلى ذلك)؟
☐ لا	☐ نعم	هل تعاني من السعال أو مشاكل تنفسية أخرى؟
☐ لا	☐ نعم	هل لديك ضيق في التنفس؟
☐ لا	☐ نعم	هل لديك حمى؟
☐ لا	☐ نعم	هل تشعر بالإرهاق؟
☐ لا	☐ نعم	هل حاستي الشم والتذوق أصبحت لديك أقل مؤخرًا؟
ج- الاتصال بمرضى كورونا		
☐ لا	☐ نعم	هل قمت برحلة خلال الـ 14 يومًا الماضية؟
		إذا كان الأمر كذلك، أين؟ _____
☐ لا	☐ نعم	هل كنت بالخارج خلال الـ 14 يومًا الماضية؟
☐ لا	☐ نعم	هل كان لديك أي اتصال بشخص تم تشخيصه
☐ لا	☐ نعم	بفيروس كورونا خلال الـ 14 يومًا الماضية؟
☐ لا	☐ نعم	هل هناك حالات معروفة لـ COVID-19 بالقرب منك؟
☐ لا	☐ نعم	هل كنت في مستشفى أو مركز رعاية للمرضى الداخليين خلال الـ 14 يومًا الماضية؟
☐ لا	☐ نعم	إذا كان الأمر كذلك، هل كان هناك حالات مصابة بالتهاب الرئوي؟

إذا كانت لديك شكاوى في الجهاز التنفسي، فنرجو منك أن ترتدي كمامة وتطهر يديك وتحافظ على مسافة الابتعاد الاجتماعي عن الآخرين، سقدم لك طاقمنا الطبي المزيد من التعليمات حول هذا الأمر.

QUESTIONNAIRE FOR PATIENTS

Dear Patient,

We are asking you the following questions for the purpose of detecting a possible infection with the Corona virus early on. We appreciate your brief reply:

A. Were you tested for Covid-19?

If yes, when? _____

If yes, what was the result?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____
Positive	_____	Negative	_____
	_____		_____

B. SYMPTOMS

Do you currently have a cold (runny nose, sore throat, etc.)?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Do you have a cough or other respiratory symptoms?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Are you short of breath?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Do you have a temperature?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Do you feel fatigued?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Have you recently experienced a loss of smell or taste?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

C. CONTACT WITH PERSONS INFECTED WITH CORONA

Have you travelled over the past 14 days?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

If yes, to which destination? _____

Have you been abroad over the past 14 days?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Have you had contact over the past 14 days with a person confirmed as being infected with the Corona virus?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Are there any known COVID-19 infections close to you?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

Did you stay in a clinic or in-patient treatment centre over the past 14 days?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

If yes, are you aware if there have been frequent cases of pneumonia there?

Yes	_____	No	_____
	_____		_____

If you have respiratory symptoms you are kindly requested to wear a protective mask over your mouth and nose, to use hand sanitiser and to keep your distance from others. Our staff will give you further instructions.

Last name, First name

Date, signature

FRAGEBOGEN FÜR PATIENT*INNEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

die folgenden Fragen dienen dazu, eine eventuell bestehende Corona-Erkrankung frühzeitig zu erkennen. Wir bitten Sie, uns diese kurz zu beantworten:

A. Wurde bei Ihnen ein Test auf Covid-19 durchgeführt?

ja ☐ nein ☐

Falls ja, wann? _____

Falls ja, mit welchem Ergebnis?

Positiv ☐ Negativ ☐

B. BESCHWERDEN

Sind Sie aktuell erkältet (Schnupfen, Halsschmerzen u.ä.)?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie Husten oder andere Beschwerden der Atemwege?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie Atemnot?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie Fieber?

ja ☐ nein ☐

Fühlen Sie sich abgeschlagen?

ja ☐ nein ☐

Können Sie seit kurzem weniger riechen oder schmecken?

ja ☐ nein ☐

C. KONTAKTE ZU CORONA-KRANKEN

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Reise unternommen?

ja ☐ nein ☐

Falls ja, wohin? _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde?

ja ☐ nein ☐

Gibt es in Ihrer Nähe bekannte COVID-19-Erkrankungsfälle?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einer Klinik oder stationären Pflegeeinrichtung aufgehalten?

ja ☐ nein ☐

Falls ja, ist Ihnen bekannt, ob es dort eine Häufung von Lungenentzündungen gab?

ja ☐ nein ☐

Bitte beachten Sie, dass grundsätzlich in den Kliniken ein **Mund-Nasen-Schutz** zu tragen und ein **Abstand (>1,5m)** von anderen einzuhalten ist sowie die **Hände** vor und nach Ihrem Besuch zu **desinfizieren** sind.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Уважаемые пациенты!

Следующие вопросы служат для выявления коронавирусной инфекции на ранней стадии.

Просим вас дать краткие ответы:

А. Проходили ли вы тестирование на Covid-19?

Если да, то когда? _____

Если да, то с каким результатом?

да	_____	нет	_____
	_____		_____
пол	_____	отриц	_____
	_____		_____

В. ЖАЛОБЫ

Вы сейчас простужены (насморк, боли в горле и пр.)?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Есть ли у вас кашель или другие симптомы респираторных заболеваний

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Есть ли у вас одышка?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

У вас повышена температура?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Вы чувствуете разбитость?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Снижены ли у вас в последнее время обоняние и вкус?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

С. КОНТАКТЫ С ЛИЦАМИ, ЗАБОЛЕВШИМИ КОРОНАВИРУСОМ

Совершали ли вы в течение последних 14 дней какую-либо поездку?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Если да, то куда? _____

Находились ли вы в течение последних 14 дней за границей?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Был ли у вас в течение последних 14 дней контакт с лицом, у которого подтверждён диагноз COVID-19?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Есть ли в вашем окружении случаи заболевания COVID-19?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Находились ли вы в течение последних 14 дней в клинике или в стационарном медицинском учреждении?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Если да, то известно ли вам об учащении заболеваний воспалением лёгких в этой клинике/учреждении?

да	_____	нет	_____
	_____		_____

Если у вас имеются симптомы респираторных заболеваний, просим надеть маску, закрывающую рот и нос, обработать руки дезинфицирующим средством и соблюдать социальную дистанцию. Более подробные инструкции вы получите от нашего персонала.

Фамилия, имя

Дата, подпись