

## Fragebogen zur Beurteilung des Risikos einer Covid-19 Infektion im pädiatrischen Alter

Programmierter stationärer Aufenthalt

Zugang Ambulatorium

Name und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnsitz: \_\_\_\_\_

**Kontakt mit Personen mit nachgewiesenem oder Verdacht auf Covid-19 Infekt:**  
(bitte genau Kontakte beschreiben, z.B. Familienangehörige)

Ja

Nein

**Unter Quarantäne gestellt:**

Ja

Nein

**Aufenthalt in einem Risikoumfeld:**  
(bitte genau Aufenthalte angeben)

Ja

Nein

### Derzeitige typische Beschwerden für Covid-19-Infektion?

Husten  Ja  Nein

Fieber  Ja  Nein

Halsschmerzen/Halsbrennen  Ja  Nein

Rhinorrhoe (laufende Nase)  Ja  Nein

Durchfall  Ja  Nein

Erbrechen  Ja  Nein

Müdigkeit  Ja  Nein

**Vorerkrankungen:** (z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen)

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Körpertemperatur:

**Haben Sie in den letzten Wochen einen Abstrich auf Covid-19 gemacht?**

Ja

Nein

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/der Patientin  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Arztes/der Ärztin oder eines  
Vertreters/einer Vertreterin der  
Gesundheitsberufe

## Questionario per valutazione del rischio di un'infezione Covid-19 in età pediatrica

Accesso per ricovero programmato

Accesso ambulatoriale

Nome:

Data di nascita:

Residenza:

**Contatto o esposizione con persone con accertata o sospetta infezione Covid-19:**  
(si prega di precisare eventuali contatti, p.es. familiari):

Sì  No

**Sottoposto a quarantena:**

Sì  No

**Residenza in luogo di rischio:**

(si prega di precisare eventuali luoghi)

Sì  No

### Eventuali attuali sintomi tipici per Covid-19?

Tosse  Sì  No

Febbre  Sì  No

Faringodinia (mal di gola)  Sì  No

Rinorrea  Sì  No

Diarrea  Sì  No

Vomito  Sì  No

Stanchezza  Sì  No

**Malattie croniche:** (es. Diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie)

Sì  No

Se sì quali?

### Temperatura corporea:

**Nelle ultime settimane è stato sottoposto a tampone per escludere l'infezione da Covid-19?**

Sì  No

Data e ora: \_\_\_\_\_

Firma del/della paziente  
(o del/della rappresentante legale)

Firma del medico o del personale tecnico-  
assistenziale