



<b>Ihr Name</b>			
<b>Ihre Telefon- nummer für Rückfragen:</b>		<b>Ausgefüllt am:</b>	

### Checkliste Verdachtsabklärung und Maßnahmen zu COVID-19 (Coronavirus)

Im Rahmen der Infektionsprävention möchten wir Ihnen vor Aufnahme zur Reha folgende Fragen stellen:

**Mit den im Anschreiben genannten Vorkehrungen bin ich einverstanden.**  JA  NEIN

**Haben Sie Zeichen eines Infekts?**  JA  NEIN  
Wenn ja, welche?

Infektionsbedingte Atemnot	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Husten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Schnupfen, Geruchs-/Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Fieber, Abgeschlagenheit, Müdigkeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Glieder- und Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie wegen der Symptome in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Coronavirus – Erkrankten?**  JA  NEIN

**Sind Sie schon einmal an Covid erkrankt?**  JA  NEIN  
Wenn ja, wann bzw. Genesen seit \_\_\_\_\_

**Haben Sie schon eine Covid-Impfung erhalten?**  JA  NEIN

Wenn Ja, Datum 1. Impfung \_\_\_\_\_, Datum 2. Impfung \_\_\_\_\_,

Datum 3. Impfung \_\_\_\_\_, Datum 4. Impfung \_\_\_\_\_

Falls bei Ihnen ein Impftermin während der Reha-Maßnahme geplant ist, bitten wir Sie ggf. den Termin bzw. Reha-Antritt anzupassen.

**Wenn Sie aufgrund einer Vorerkrankung abwehrgeschwächt sind (z.B. Zustand nach Chemotherapie o.ä.), lassen Sie bitte durch Ihre\*n behandelnde\*n Hausarzt\*in abklären, ob eine Reha-Fähigkeit besteht.**

**Melden Sie sich bitte bei uns, falls bis zu Ihrem Aufnahmetermin Erkältungssymptome bei Ihnen auftreten, ebenso, wenn Sie eine der vorangestellten Fragen mit JA beantwortet haben.**

**Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz unserer Rehabilitanden müssen wir dann Ihre Aufnahme gegebenenfalls neu terminieren.**

**Wir bitten Sie um Verständnis für diese Maßnahme und bedanken uns für Ihre Mitarbeit.**

Rücksendung an:  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Reha-Zentrum Borkum  
Klinik Borkum Riff  
Sekretariat Ärztl. Leitung  
Hindenburgstraße 126  
26757 Borkum

Erhalten

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift **Klinik-Mitarbeiter**