

## Screeningsvragen COVID-19:

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Patiëntsticker

1. Heeft u de afgelopen dagen **koorts of verhoging** gehad? Nee / Ja
2. Heeft u last van **kortademigheid** in rust of bij lichte inspanning? Nee / Ja
3. Heeft u last van **spierpijn** in rust of bij lichte inspanning? Nee / Ja
4. Heeft u last van **algehele malaise** (u niet lekker of ziek voelen) in rust of bij lichte inspanning?  
Nee / Ja
5. Heeft u last van **hoesten**? Nee / Ja
6. Heeft u last van **keelpijn**? Nee / Ja
7. Heeft u last van **neusverkoudheid**: snotteren/niezen/loopneus/verstopte neus? Nee / Ja
8. Heeft u last van recent ontstane onverklaard **smaak en/of reukverlies** (ook zonder neusverkoudheid)? Nee / Ja
9. Heeft u last van extreme **vermoeidheid**? Nee / Ja
10. Heeft u last van **pijn achter de ogen**? Nee / Ja
11. Heeft u op dit moment last van (onverklaarde) **diarree**? Nee / Ja
12. Heeft u een **huisgenoot/partner** met een bewezen of verdachte COVID-19? Nee / Ja

Indien 'Ja' op één of meer van bovenstaande vragen, neem dan z.s.m. contact op met de receptie van Diabeter. Uw consult wordt omgezet in een (beeld)belconsult (tenzij de arts het bezoek aan de locatie dringend noodzakelijk acht).

Ik verklaar de vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: .....

Handtekening:

Bron: bijlage 1 FMS LEIDRAAD Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2 versie 29-04-2020