



COVID-19

Datum

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Instellingscode

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Afdelingscode

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Patiëntnummer

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

1. Bent u vandaag COVID-19 positief?
 Ja Nee ik weet het niet

2. Bent u de laatste keer COVID-19 positief getest:
 0-3 maanden 3-6 maanden 6-12 maanden > 1 jaar? Nooit

3. Bent u opgenomen geweest tijdens uw COVID-19 infectie?
 Ja Nee ik weet het niet

Dank u!