

COVID-19 Screening-Bogen (07.06.2021)

Patientenname, Vorname, Geburtsdatum

Datum

Adresse

Telefonnummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestmöglichem Wissen:

Was sind Ihre Hauptbeschwerden? (Bitte Stichworte)

COVID-19 Screening Fragen

- | | | |
|-----|--|---|
| 1) | Haben Sie Husten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2) | Haben Sie Luftnot? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3) | Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber über 38,0°C? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4) | Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu Personen mit Fieber? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5) | Hatten Sie Kontakt mit Personen mit einer Corona-Infektion? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6) | Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Ausfall des Geruchs- und/ oder des Geschmacksinns | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7) | Arbeiten/leben Sie oder Ihr/e Partner/in in einer Einrichtung, in der Corona-Infektionen aufgetreten sind. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8) | Ich bin vor mehr als 14 Tagen vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft worden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Als vollständig geimpft gilt, wer vor mehr als 14 Tagen folgenden Impfstoff erhalten hat: | |
| | 1 Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson&Johnson) | |
| | 2 Impfungen mit Vaxzevria® (AstraZeneca) | |
| | 2 Impfungen mit Comirnaty® (BioNTech/Pfizer) | |
| | 2 Impfungen mit COVID-19 Vaccine Moderna® (Moderna) | |
| | 1 Impfung mit COVID-19 Vaxzevria® (AstraZeneca) | |
| | und zusätzlich eine Impfung mit Comirnaty® (BioNTech/Pfizer) | |
| | alternativ eine Impfung mit COVID-19 Vaccine Moderna® (Moderna) | |
| 9) | Ich bin vor weniger als 6 Monaten von einer SARS-CoV-2 Erkrankung genesen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10) | Liegt ein tagesaktueller negativer Antigen-Test (Schnelltest) oder PCR-Test vor? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Vom Krankenhauspersonal auszufüllen

Aktuelle Körpertemperatur (°C): _____ Sauerstoffsättigung (%): _____
ohne Sauerstoffgabe

Liegen Risikofaktoren vor? (Alter > 50 Jahre, Erkrankungen der Lunge, des Herz-Kreislaufsystems, der Leber, ein Diabetes mellitus, eine Krebserkrankung oder ein geschwächtes Immunsystem/ Kortisontherapie) ja nein

Arbeiten Sie in medizinischen/pflegerischen Einrichtungen? ja nein

Bewertung durch den Arzt entsprechend des Bewertungsalgorithmus

Liegt ein COVID-19-Infektionsverdacht vor? ja nein

Liegen Risikofaktoren vor? ja nein

Ist eine weitere Abklärung im Krankenhaus erforderlich? ja nein

Pflegekraft/MFA

Arzt