

COVID-19 Screening-Bogen für Patienten

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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? ja nein
- 2) Haben Sie Luftnot? ja nein
- 3) Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber über 38°C? ja nein
- 4) Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu Personen mit Fieber? ja nein
- 5) Hatten Sie Kontakt mit Personen mit einer Corona-Infektion? ja nein
- 6) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Ausfall des Geruchs- und/oder des Geschmacksinns ja nein

Vom Krankenhauspersonal auszufüllen

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

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 neinArbeiten Sie in medizinischen/pflegerischen Einrichtungen? ja nein**Bewertung durch den Arzt entsprechend des Bewertungsalgorithmus**Liegt ein COVID-19-Infektionsverdacht vor? ja neinLiegen Risikofaktoren vor? ja neinIst eine weitere Abklärung im Krankenhaus erforderlich? ja nein

Beachte: Bei ambulant verbleibenden Patienten mit respiratorischen Beschwerden im Sinne eines COVID Verdachtes und Vorliegen von Risikofaktoren müssen die Patienten sich zum Corona-Virus-Abstrich im Screening Zentrum nach vorheriger Anmeldung per Fax vorstellen.

Pflegekraft/MFA

Arzt