

## **COVID-19 Screening-Bogen für Patienten**

Geburtsdatum:

Datum:

Patientenname, Vorname:

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 zu Personen mit einer Corona-Infektion?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6) 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 |
| 7) Sind Sie vor mehr als 14 Tagen vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft worden?                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8) Sind Sie vor weniger als 3 Monaten von einer SARS-CoV-2 Erkrankung genesen?                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9) 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