

Prä Triage Besucher Fragebogen - CoViD-19 Anamnese

Datum/Uhrzeit _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Patient/Station _____

1. Akute respiratorische Symptome oder Verschlechterung der vorbestehenden respiratorischen Symptomatik bei chronischen Lungenerkrankungen

Husten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Fieber	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Luftnot	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

2. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? ja nein

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigten Covid-19 Infektion? ja nein

Alle Fragen mit „nein“ beantwortet

Kein begründeter Verdacht:

Zugang unter normalen Hygienemaßnahmen möglich

Eine Frage mit „ja“ beantwortet

Möglicher Verdacht:

Rücksprache diensthabender Arzt erfolgt

kein Zugang möglich, ggf. Testung erforderlich
Kontaktierung Hausarzt