

Strukturierter Corona-Anamnesebogen

Für ambulante und stationäre Patienten

Formular für Minderjährige bzw. sonst gesetzlich vertretene Patienten (Befragt wird Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter) zum Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Hinweis: Bei Kindern bzw. bei Patienten im Bereich der Palliativmedizin, bei denen Begleitpersonen mit aufgenommen werden bitte zusätzlich eine Anamnese für die Begleitperson durchführen.

Sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r gesetzlicher Vertrete/r, zum Schutz der Patientin/des Patienten, von Mitpatienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, vorsorglich folgende Fragen zu beantworten:

Infektion mit CoViD-19

Hat der Patient/die Patientin eine Infektion durchgemacht bzw. ist positiv getestet worden?

 ja nein

→ Falls „ja“: Wurden die Isolierungsmaßnahme/Quarantäne aufgehoben?

 ja nein

→ Falls „ja“: Wann und durch wen?

Liegt ein negativer Abstrich (nicht älter als 48 Std.) auf Sars-Cov-2 vor?

 ja nein

→ Falls „ja“: Wo und wann durchgeführt?

→ Falls „Nein“: Liegt kein negativer Abstrich (jünger als 48 Std.) vor, bitten wir Sie sich von uns auf das Corona virus testen zu lassen. Dieser Test ist für Sie kostenlos. Mit Ihrer Einwilligung unterstützen Sie uns dabei, die Verbreitung des Sars-CoV-2 einzudämmen und unsere Patienten, Besucher und Mitarbeiter bestmöglich zu schützen.

Ich lehne einen Test ab.

Impfung

Wurden Sie bereits gegen Sars-CoV-2 geimpft? ja nein

→ Falls „ja“: 1. Impfdatum 2. Impfdatum 3. Impfdatum

Anamnese

Hat der Patient/die Patientin derzeit bzw. hatte er/sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:

 Fieber > 38 °C

 Atemnot

 Abgeschlagenheit

 Kopfschmerz

 Trockener Husten

 Durchfall

 Halsschmerz

 Schüttelfrost

 Verlust des Geruchssinns

 Schnupfen

 Gliederschmerzen

Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt zusammen leben) innerhalb der letzten 14 Tage*:

 ja nein

→ Falls „ja“: Wann/von wann, bis wann:

Kontakt zu bestätigtem CoVid-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage*:

 ja nein

→ Falls „ja“: Wo/wie/wann:

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Hochrisiko-/Hochinzidenzgebiet laut RKI?*

 ja nein

Datum

Unterschrift Patient

Anamnese

Gab es einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage? ja nein

→ Falls „ja“: Von wann bis wann?

Gab es in diesem Krankenhaus CoViD-19 Fälle? ja nein

→ Falls „ja“: Auf der Station der Patientin/des Patienten? ja nein

Ist der Patient/die Patientin Bewohner/in in einem Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage CoVid-19 Fälle gab? ja nein

Ist der Patient/die Patientin beruflich in einer Pflege-/Bildungs-/Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig, in denen CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung er/sie eingebunden war? ja nein

* Unterbringung:

Ist der Zeitraum kürzer als 14 Tage, ist bei Aufnahme die Unterbringung im gelben Bereich und Testung erforderlich (zweiter Test nach 48 Std. notwendig). Sofern der letzte Kontakt, mindestens 14 Tage oder länger zurückliegt und keines der oben genannten Krankheitsmerkmale vorliegt, kann der Patient in den grünen Bereich aufgenommen werden. Die lokale Situation in den zuweisenden Pflegeheimen und Massenunterkünften muss zusätzlich bewertet werden.

Sollten sich bzgl. der oben genannten Fragen in den Tagen direkt vor der geplanten Krankenhausaufnahme/Behandlung neue Aspekte ergeben, informieren Sie uns bitte telefonisch.

Bei telefonischer Anamneseerhebung durch einen Mitarbeiter:

Datum

Unterschrift Klinikmitarbeiter

Bei primärer Anamnese vor Behandlungsbeginn:

Es wird bestätigt, dass sich bzgl. der oben genannten Fragen keine neuen Aspekte ergeben haben:

Datum

Unterschrift Patient

Entscheidung Arzt: Beginn der Behandlung möglich

ja nein

Datum

Unterschrift Arzt