

# Screeningbogen CoViD-19-Anamnese

Für ambulante, teilstationäre  
und stationäre Patienten

## Patientendaten

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Mitpatienten und Klinikmitarbeitern möchten wir  
Sie bitten, vorsorglich folgende Fragen zu beantworten:

### Infektion mit CoViD-19

**Haben Sie eine Infektion durchgemacht bzw. sind positiv getestet worden?**  ja  nein

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

→ Falls „ja“: Wann und durch wen?

Zur Sicherheit führen wir bei stationärer Behandlung, ambulanten OPs und Endoskopien einen Corona-Antigen-Schnelltest durch. Bei stationärem Aufenthalt zusätzlich einen PCR-Abstrich. Im Fall einer bereits durchgemachten Infektion führen wir auch einen Antikörpertest durch.

**Liegt ein negativer Abstrich auf Sars-Cov-2 vor und ist dieser älter als 48 Stunden?**  ja  nein

→ Falls „ja“: Wir führen erneut einen PCR-Test durch.

**Ich lehne einen Test ab.**

(In diesem Fall muss Ihr behandelnder Arzt entscheiden, ob die Behandlung fortgeführt werden kann.)

### Impfung

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

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

### Anamnese

**Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?**

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot          | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit         |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz    | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall                |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerz    | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost    | <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchssinns |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen      | <input type="checkbox"/> 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 Risikogebiet laut RKI?\***  ja  nein

→ Falls „ja“: Bitte Zusatzfragen auf Ergänzungsbogen (Seite 3) ausfüllen.

Datum

Unterschrift Patient

Stand: 02/2021

## 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 Ihrer Station?  ja  nein

**Sind Sie Bewohner in einem Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage CoVid-19 Fälle gab?**  ja  nein

**Sind Sie beruflich in einer Pflege-/Bildungs-/Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig in denen CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung Sie eingebunden waren?**  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 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

**Bei teilstationärer Behandlung: Es wird bestätigt, dass sich bzgl. der oben genannten Fragen seit dem letzten Termin keine neuen Aspekte ergeben haben.**

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Patient

## Anamnese

Wann war Ihr letzter Aufenthalt in einem Risikogebiet? (Tag/Monat/Jahr)

.....

Haben Sie dort an Veranstaltungen mit vielen Personen teilgenommen?  ja  nein

Haben Sie den geforderten Mindestabstand zu anderen Personen eingehalten?  ja  nein

Haben Sie einen aktuellen negativen PCR-Test auf Sars-Cov-2 (nicht älter als 48h)?  ja  nein

Haben Sie ein aktuelles ärztliches Attest, dass keine Zeichen einer Infektion auf CoVid-19 vorliegen, welches sich auf den PCR-Test auf Sars-Cov-2 bezieht?  ja  nein

Haben Sie sich als Einreisender aus einem Risikogebiet beim Gesundheitsamt gemeldet?  ja  nein

Von behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin auszufüllen:

Hiermit bestätige Ich, dass die Behandlung des Patienten/der Patientin aus medizinischer Sicht dringend erfolgen muss und nicht zur Einhaltung der 14-tägigen Quarantäne nach Aufenthalt in einem Risikogebiet verschoben werden kann.

Datum

Unterschrift Arzt