

# Strukturierter Corona-Anamnesebogen

Für ambulante, teilstationäre und stationäre Patienten

Zur Befragung von aufzunehmenden Begleitpersonen (Pädiatrie, ggf. Palliativ)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

## Begleitperson

Name: .....

Vorname: .....

Sehr geehrte Begleitperson,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten 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?

**Liegt ein negativer Abstrich (nicht älter als 48 Std.) auf Corona vor?**  ja  nein

→ Falls „ja“: Wo und wann durchgeführt?

→ Falls „Nein“: Liegt kein negativer Abstrich (jünger als 48 Std.) vor, bitten wir Sie bei Begleitung eines stationär aufgenommenen Patienten sich von uns auf das Coronavirus testen zu lassen. Dieser Abstrich 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

**Haben Sie derzeit bzw. hatten 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 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 Abstrich 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

**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