

Screeningbogen CoViD-19 Anamnese

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

Welcher Patient wird begleitet?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Begleitperson

Name:

Vorname:

Sehr geehrte Begleitperson,
zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern 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 48Std.) 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 sich von uns auf das
Coronavirus testen zu lassen. Dieser Test ist für Sie kostenlos. Mit Ihrer Einwilligung unter-
stützen Sie uns dabei die Verbreitung des SARS-CoV-2 einzudämmen und unsere Patienten,
Besucher und Mitarbeiter bestmöglich zu schützen.

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:

.....

Anamnese

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

ja nein

→ Falls „ja“: Wo/wie/wann:

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 und erhält standardmäßig einen Coronatest. Die lokale Situation in den zuweisenden Pflegeheime und Massenunterkünfte 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 Mitarbeiter

Bei primärer Anamnese vor Behandlungsbeginn:

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

Datum

Unterschrift Begleitperson

Entscheidung Arzt: Beginn der Behandlung möglich

ja nein

Datum

Unterschrift Arzt