

# Screeningbogen CoViD-19 Anamnese

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

## Patientendaten

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 Mitarbeitern 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 Corona vor?**

ja  nein

→ Falls „ja“: Wo und wann durchgeführt?

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

### 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:

## 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 der Station des Patienten/der Patientin?

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 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 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 Sorgeberechtigter/ gesetzlicher Vertreter

### Entscheidung Arzt: Beginn der Behandlung möglich

ja  nein

Datum

Unterschrift Arzt