Screeningbogen CoViD-19 Anamnese

Patientendaten

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Mitpatienten 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?

.....

Zu Ihrer Sicherheit führen wir einen erneuten Coronatest (PCR-Test) bei Ihnen durch. Bis zum Ergebnis des PCR Tests bitten wir Sie, sich soweit möglich in Ihrem Zimmer aufzuhalten und auf ausreichend Abstand zum Personal und ihren Mitpatienten zu achten.

Liegt ein negativer Abstrich auf SARS-CoV-2 vor und ist dieser älter als 48 Std.? ☐ ja ☐ nein

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

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:

☐ 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: .....

Stand: 03/2021

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
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet laut RKI? *	☐ 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 Patient

Entscheidung Arzt: Beginn der Behandlung möglich ☐ ja ☐ nein

Datum	Unterschrift Arzt