

# Screeningbogen CoViD-19 Anamnese

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in,**

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 bereits eine Infektion durchgemacht bzw. sind positiv getestet worden?** / Hat der Patient<sup>1</sup> 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?

\_\_\_\_\_

Steht eine **stationäre Behandlung** an und liegt kein negativer Abstrich (jünger als 48 Std.) vor, führen wir zu Ihrem Schutz bzw. dem Schutz des Patienten einen **Coronatest (PCR-Test)** durch. Dieser Test ist für Sie kostenlos.

### Anamnese

**Haben Sie, hat der Patient derzeit bzw. hatten Sie, hatte der Patient folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 zusammenleben) 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:

\_\_\_\_\_

## 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 bzw. auf der Station des Patienten?

ja  nein

**Sind Sie Bewohner in einem Pflegeheim, einer Pflege-WG oder einer Massenunterkunft, in der es in den letzten 14 Tage CoViD-19 Fälle gab?** / Ist der Patient Bewohner in einem Pflegeheim, einer Pflege-WG oder einer Massenunterkunft, in der 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 der CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung Sie eingebunden waren?** / Ist der Patient beruflich in einer Pflege-/Bildungs-/Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig, in dem CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung der Patient eingebunden war?

ja  nein

### \* Unterbringung:

*Ist der Zeitraum kürzer als 14 Tage, ist bei Aufnahme die Unterbringung im gelben Bereich und Testung erforderlich. 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 Massenunterkünfte muss zusätzlich bewertet werden.*

### Bestätigung Patient/Sorgeberechtigter: Bei primärer Anamnese vor Behandlungsbeginn

Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter/gesetzl. Vertreter

### Entscheidung Arzt: Beginn der Behandlung möglich

ja  nein

Datum

Unterschrift Arzt

<sup>1</sup> Die Verwendung der männlichen Form des Wortes schließt sowohl die männlichen als auch die weiblichen Zugehörigen dieser Gruppe mit ein.