

# 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?

**Liegt ein negativer Abstrich auf Sars-Cov-2 vor?**  ja  nein

→ Falls „ja“: Wann wurde der durchgeführt? (Datum und Ergänzung)

### 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:

**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

## Anamnese

**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. 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