

# Formular SARS-CoV-2 – Screening Patientenfragebogen

Gültigkeitsbereich: übergreifend, operative Kliniken



ORBIS-Eintrag  
durchgeführt

Patientenetikett

Sehr geehrte(r) Patient(in),

seit Anfang Januar 2020 wurde ein neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID19) als Ursache für die Häufung von Lungenentzündungen nachgewiesen. In der aktuellen Pandemiesituation und durch Krankheitsverläufe ohne belastende Beschwerden ist während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit einem erhöhten Infektionsrisiko zu rechnen. Davor wollen wir Sie schützen. Ziel ist es, durch die folgenden Fragen eine Besiedlung durch SARS-CoV-2 frühzeitig zu erkennen und eine Infektion für Sie und andere Patienten abzuwenden. Darum bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten.

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie in den letzten 3 Monaten an COVID-19 erkrankt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft? (Datum: _____)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie von einer COVID-19 Erkrankung genesen?<br>(Datum: _____)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurde eine Auffrischungsimpfung gegen COVID-19 durchgeführt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traten in den letzten 14 Tagen die folgenden Symptome <u>neu</u> auf?  |                          |                          |
| - Fieber / Schüttelfrost  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Husten / Halskratzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Übelkeit / Durchfall  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Geruchs- und Geschmacksverlust  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden Personen in Ihrem näheren Umfeld innerhalb der letzten 14 Tage positiv auf das Coronavirus getestet?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <u>Wenn Ja</u> : Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu diesen und waren gemeinsam mehr als 10 Minuten in einem Raum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Patient** Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Achtung: Nur vom Krankenhaus auszufüllen!

mind. 1 Risikofaktor JA: Aktuell keine OP, Termin muss verschoben werden.

**Arzt** Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

OP möglich: JA  NEIN

	Erstellt / Geändert	Prüfung	Freigabe am	246_FoDo_Form
Datum	23.04.2020	15.03.2021	15.03.2021	
Name	Frank / Walter	CA Goerl	Version 2	

Dateiname: SARS-CoV-2-Screening\_Patientenfragebogen\_OP\_2021