

Formular SARS-CoV-2 - Screening Patientenfragebogen

Gültigkeitsbereich: übergreifend



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. Wurde bei Ihnen in den letzten 4 Wochen ein positives Ergebnis auf den Erreger SARS-CoV-2 nachgewiesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 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"/> |
| - Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Übelkeit / Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Geruchs- und Geschmacksverlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gibt es Personen in Ihrem näheren Umfeld, die positiv auf den Erreger SARS-CoV-2 getestet wurden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wenn Ja: Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu diesen und waren gemeinsam mehr als 15 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	
Datum	23.04.2020	23.04.2020	23.04.2020	
Name	Frank, Walter	CA Goerl	Version 1	

Dateiname: SARS-CoV-2-Screening Patientenfragebogen