



FRAGEBOGEN – Risiko COVID 19

Akutgeriatrie/Remobilisation

Übermittlung des Fragebogens 1 Tag vor stationärer Auf-/Übernahme

Patient:	Nachname:	Vorname:
	SV-Nummer; Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

Erhebung durch:	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich	Datum:
<input type="checkbox"/> Gespräch mit Patienten <input type="checkbox"/> Gespräch mit Angehörigen: <input type="checkbox"/> Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> Gespräch mit Entlassungsmanagement		

1) Hat die/der Patient/in die Covid-Impfung erhalten?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: <input type="checkbox"/> vollständige Impfung, wann: <input type="checkbox"/> unvollständige Impfung (2. Teilimpfung noch ausständig)
-------------------------------	---

2) Hat die/der Patient/in Zeichen eines akuten Infektes?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten oder Auswurf <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> extreme Müdigkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verlust von Geschmacks- bzw. Geruchssinn <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Muskel-Gelenksschmerzen
-------------------------------	---

3) Hatte die/der Patient/in in den letzten 4 Wochen eine Corona-Erkrankung?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: <input type="checkbox"/> abschließender neg. Corona-PCR-Test vorliegend vom <input type="checkbox"/> kein abschließender neg. Corona-PCR-Test vorliegend
-------------------------------	--

4) Hatte die/der Patient/in in den letzten 14 Tagen wesentlich direkten Kontakt zu einem Corona-Erkrankten od. Corona-Verdachtsfall od. Corona-Kontaktperson?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: Absonderungsbescheid bis:
-------------------------------	--

5) Hatte die/der Patient/in in den letzten 14 Tagen eine sonstige Infektionserkrankung?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: Wann /was: <input type="checkbox"/> (letzter) neg. Corona-Antigen-Tests vorliegend, vom <input type="checkbox"/> (letzter) neg. Corona-PCR-Tests vorliegend, vom
-------------------------------	---

6) Hat die/der Patient/in Dauerpflege?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: <input type="checkbox"/> im Pflegeheim: <input type="checkbox"/> zuhause durch mobile Dienste (Hauskrankenpflege, Pall.-Team, ...)
-------------------------------	--

7) War die/der Patient/in in den letzten 14 Tagen stationär oder ambulant in einem Krankenhaus?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: Welches KH, bis wann: Weswegen:
-------------------------------	---

8) Neg. Covid-Antigen-Test am Vortag der stationären Aufnahme vorliegend:

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <u>Voraussetzung zur Übernahme von Pflegeeinrichtungen oder Krankenanstalten</u>
-------------------------------	--

Endgültige Übernahme erfolgt nur nach Erhalt dieses Fragebogens!

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers