



FRAGEBOGEN – Risiko COVID 19

Akutgeriatrie/Remobilisation

Aufnahmeterrmin: _____ **Aufnahmeart:** Rettung privat Taxi

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

| | | |
|---|--------------------------------------|--------|
| Erhebung durch: | <input type="checkbox"/> telefonisch | Datum: |
| <input type="checkbox"/> Gespräch mit Patienten <input type="checkbox"/> Gespräch mit Angehörigen: _____ <input type="checkbox"/> Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> Gespräch mit DGKP/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-Schnelltest < 24 Stunden oder PCR-Test < 72 Stunden am Tag der stationären Aufnahme vorliegend:

| | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> JA | AG-Test am: _____ um: _____ PCR-Test am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> NEIN | AG-Test im Haus am: _____ um: _____ |

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers