



## Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko

Datum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2020

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Station (will ich hin?): \_\_\_\_\_

OP:  nein  ja (wann: \_\_\_\_\_)

Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome:

Fieber > 38°C?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____ °C
Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Husten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Atemnot?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Geruchs-oder Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schwindel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Durchfall?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Fühlen Sie sich schlapp?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen mit COVID-19?  nein  ja  
(sowohl Verdachtsfälle wie bestätigte Infektionen sind bedeutsam)

Waren Sie in den letzten 14 Tagen auf einer Feier/Party?  nein  ja

Nahmen Sie in den letzten 14 Tagen an Gruppen-/Vereinsaktivitäten teil?  nein  ja

wenn ja: welche: \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne/sind Sie SARS-CoV2 positiv?  nein  ja

Wenn ein oder mehrere Male mit „ja“ beantwortet:

➔ verpflichtendes Tragen von Mund-Nasen-Schutz für Pat. und FFP-2 Maske bei MA

Im Falle einer geplanten OP:

➔ Diagnostik auf SARS-CoV-2 (Ag-Schnelltest per Nasen-/Rachenabstrich)

➔ Indikation der geplanten elektiven Intervention überprüfen

Im Falle eines ambulanten Termins:

➔ Notwendigkeit des Termins überprüfen (RS mit dem Leistungserbringer)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kürzel MA Aufnahme