



Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko

Daten ausfüllen oder →Etikett

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Station / Bereich (will ich hin?): _____

Etikett

OP oder ambulanter Eingriff: nein ja (wann: _____)

Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome:

Fieber > 38°C / Schüttelfrost? nein ja _____ °C

Atemwegssymptome (z.B. Husten, Atemnot, Halsweh...) nein ja

Grippale Symptome
(z.B. Schlapheit, Muskel- oder Gliederschmerzen) nein ja

Geruchs-oder Geschmacksverlust nein ja

Magen-Darm-Infekt (Durchfall) nein ja

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

Sind Sie aktuell in Quarantäne oder sind Sie SARS-CoV2 positiv? nein ja

Wenn ein oder mehrere Male mit „ja“ beantwortet:

Ambulanter Patient:

→ Ag-Schnelltest → mit MNS Wartezimmer oder 2-Bett-Zimmer-Kohortierung bis Ergebnis vorliegt

Bei stationärer Aufnahme:

→ Eingruppierung in COVID **ROT** – **GELB** – **BLAU**

→ **Test und Unterbringung je nach Klassifizierung (siehe Dokument: Umgang mit Schnelltest)**

Falls Quarantäne vorliegt:

→ Isolierung im Einzelzimmer bis Tag 14 der Quarantäne (unabhängig von Testergebnissen)

Im Falle einer geplanten OP/ ambulanten Termins:

→ Indikation / Notwendigkeit überprüfen (RS Leistungserbringer)

Wurde eine Impfung gegen SARS-CoV2 bereits durchgeführt? nein ja

Impfung vollständig? Datum: _____ nein ja

Waren Sie im letzten halben Jahr an SARS-CoV2 erkrankt? nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben:

Unterschrift Patient/in/ gesetzl. Betreuer/in

Begleitpersonen und Besucher Bitte zusätzlich die Rückseite ausfüllen!



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher, sehr geehrte Begleitperson, aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie sind wir verpflichtet, zur Risikominimierung des Infektionsrisikos mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 einige Regelungen zu Ihrem eigenen als auch zum Schutz Ihrer Angehörigen, der Patienten sowie der Mitarbeiter gemäß den aktuellen Vorgaben der Corona Verordnung in der jeweils gültigen Fassung aufzustellen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass ein Besuch bei bestehenden Symptomen, Kontakt zu positiv getesteten Personen sowie einer vorliegenden Infektion nicht möglich ist.

Name, Vorname (Besucher / Begleitperson)

Straße, Hausnr. **PLZ** **Ort**

Telefonnummer

Name Patient **Station**

Aktueller Covid-Test liegt vor (24Std.)

Vollständig geimpft

Genesen

Datenschutz:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Daten sowie dieses Blatt miterfasst, für 14 Tage gespeichert und bei Bedarf an Behörden weitergegeben werden.

Nach 14 Tagen werden die Daten von Besuchern gelöscht.

Das Dokument von Begleitpersonen wird in der Patientenakte archiviert.

Des Weiteren bestätige ich, dass ich aktuell weder eine COVID-Erkrankung oder COVID-Symptome habe noch Kontakt zu COVID-Betroffenen hatte. Darüber hinaus habe ich mich auch nicht in einem COVID Risikogebiet aufgehalten.

Unterschrift BesucherIn / Begleitperson

Unterschrift Mitarbeiter