



Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko

Datum: _____ . _____ . 20..

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Station (will ich hin?): _____

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

Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome:

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| Fieber > 38°C? in den letzten 48 Std. | <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