

COVID-19-Checkliste stationäre Behandlung KKB

Vorname: _____ Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Aufnahme Fachabteilung: _____ Station: _____

Temperatur bei Zutritt Klinikum: _____

1. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage folgende Beschwerden?

1.1. Fieber, erhöhte Temperatur Ja nein

1.2 Grippale Beschwerden Ja nein
(z.B. Schnupfen, Hals-, Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl)

1.3 Husten oder Luftnot? Ja nein

1.4 Durchfall oder Erbrechen? Ja nein

1.5 Geschmacks- oder Riechstörungen? Ja nein

2. Expositionsrisiko:

2.1 Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tag in einem internationalen COVID-19-Risikogebiet (gemäß Definition Robert-Koch-Institut)? Ja nein
Wenn ja, bis wann? _____ (Datum)

2.2 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person? Ja nein
Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Datum)

2.3. Sind / waren Sie selbst an COVID-19 erkrankt? Ja nein
Wenn ja, wann ? _____ (Datum)

Falls Frage 1.1-2.3 mit „Ja“ beantwortet, zunächst kein Einlass und Rücksprache mit der jew. Abteilung

2.4. Leben Sie in einem Altenpflegeheim? Ja nein

Wenn ja, sind dort Häufungen von COVID-19 aufgetreten? Ja nein

2.5. Werden Sie oder Angehörige von einem Pflegedienst versorgt? Ja nein

Datum: _____

Unterschrift Patient

Papierbogen einscannen und digital der Patientenakte hinzufügen und/oder in der Patientenakte abheften

Vom Personal der jeweiligen Abteilung auszufüllen

Isolation: Ja nein Quarantäne-Isolation nach Exposition bis _____

Stand 07.08.2020 Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter