

Coronascreening / Selbstauskunft für Hausgäste und stationäre Patienten:

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen nachfolgende Krankheitssymptome?

Fieber	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Kopf- und Gliederschmerzen (neu aufgetreten, Ihnen nicht bekannt)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Husten (produktiv und unproduktiv)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Schnupfen (Rhinitis, nicht allergisch)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kurzatmigkeit, Luftnot, Atemnot (Dyspnoe, neu aufgetreten)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen (abdominelle Schmerzen, passagere Diarrhoe)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Geruchs- / Geschmacksstörungen (Anosmie auch ohne Rhinitis)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Bindehautentzündung (Konjunktivitis)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Hautausschlag (Exanthem, akut aufgetreten)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Liegen bei Ihnen andere Risikofaktoren aus den letzten 14 Tagen vor?

Waren Sie im Ausland, ggfs. sogar in einem Risikogebiet, Hochinzidenzgebiet oder Virusvarianten-Gebiet?
→ falls JA, bitte genaue Angaben machen: _____ JA NEIN

Haben Sie die geltenden Corona-Regeln (Abstands- und Hygienevorgaben, Kontaktbeschränkungen, usw.) missachtet?
→ falls JA, bitte Gründe nennen: _____ JA NEIN

Waren Sie auf einer Veranstaltung mit größerer Teilnehmerzahl?
→ falls JA, bitte zu Art und Größe Angaben machen: _____ JA NEIN

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-Patienten?
→ falls JA, wann: _____ JA NEIN

Hatten Sie Kontakt zu einem Corona-Verdachts- / Quarantänefall?
→ falls JA, wann: _____ JA NEIN

Hatten Sie engen Kontakt zu einem Menschen mit akuter Lungenerkrankung?
→ falls JA, wann: _____ JA NEIN

Haben Sie eine Impfung gegen COVID-19 (Corona)? NEIN oder 1. Impfung 2. Impfung, Impfstoff: _____

Wichtige Hinweise:

Die Aufnahme in unserer Einrichtung für einen stationären Aufenthalt ist nur möglich, wenn der Infektionsschutz-Fragebogen bis hierher vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Dies dient Ihrer Sicherheit sowie dem Schutz aller uns anvertrauten Patienten, Gäste und Mitarbeiter. Zusätzlich ist es wichtig, dass sich alle Personen während der Zeit in unserer Einrichtung an die Hygienevorgaben halten. Unser umfassendes Schutzkonzept ist auf der Homepage www.badclevers.de veröffentlicht. Wie in allen Bereichen des öffentlichen Lebens kann auch in unserer Klinik ein Restrisiko für eine Infektion mit dem Corona-Virus trotz aller Sicherheitsmaßnahmen nicht ausgeschlossen werden.

Datum

Unterschrift

Vom Personal der Coronscreeningstelle in Bad Clevers zu bearbeiten, mit dem Ziel, Gäste / Patienten mit epidemiologischem Risiko oder Verdachtssymptomen zu erkennen und von anderen Personen zu trennen!

Datum _____ Name des Mitarbeiters _____ Unterschrift _____

- Patient hat aktuellen, negativen Coronatest (PCR-Test, Abstrich weniger 48 Stunden vor Anreise) oder
 PoC-Antigen-Schnelltest (intern, extern: _____) am Anreisetag ist negativ

Wichtiger Hinweis:
Ein positiver PCR-Test oder ein positiver PoC-Antigen-Schnelltest führen automatisch dazu, dass der Gast / Patient aktuell nicht aufgenommen werden kann!

KEINE Frage mit JA beantwortet
UND Coronatest negativ

EINE oder MEHRERE Fragen mit JA beantwortet
↳ zusätzliche Ergebnisse des Coronascreenings:

- Temperatur [°C] $\geq 37,5^\circ\text{C}$
 Blutdruck [mmHg] $> 140/90$ mmHg
 Herzfrequenz [S/min] < 40 oder > 100
 Sauerstoffsättigung [%] < 94 Prozent
 Sonstiges: _____

Kein Risiko für COVID Direkte Freigabe		
Planung weitere PoC-Schnelltests:		
① _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n
② _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n
③ _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n
④ _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n
⑤ _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n
⑥ _____	<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> n

Test ① sollte am 2. bis 3. Tag des Aufenthaltes erfolgen, dann im Regelfall wöchentliche Tests

Abwägung bzw. ärztliche Entscheidung über weiteres Procedere
(bitte Bogen intern weiterleiten, Patient von anderen Personen isolieren)

- Aufnahme kann nach erfolgter Überprüfung ohne Isoliermaßnahmen erfolgen
 Punkte mit JA konnten mit dem Patienten geklärt werden
 Auffälligkeiten beim Screening medizinisch abgeklärt

ODER: Es liegt ein erhöhtes Risiko für eine Infektion durch SARS-CoV-2 vor, dann gilt:

- Aufnahme erfolgt zunächst unter Beachtung folgender Maßgaben:
- Isolation / Trennung auf Patientenzimmer erforderlich
- PCR-Test (Mund-Nase-Rachen-Abstrich) über Labor wird angeordnet
- alle Stellen sind über erforderliche, spezielle Hygienemaßnahmen informiert
→ Übermittlung negativer COVID-19 Abstrich am: _____
- Aufnahme des Patienten muss verschoben werden

ggfs. Kommentar / Stellungnahme (Verdachtsdiagnose, Bewertung der Abweichungen, etc.):

Datum _____ Name des Arztes _____ Unterschrift _____