



Name: _____ Beruf: _____

Vorname: _____ Temperatur: _____

Geburtsdatum: _____

Fallnummer: _____

Vollimmun , wenn folgende Kriterien erfüllt sind:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Nachweis vorgelegt	<input type="checkbox"/> Eintrag im SAP
1. Vollständig geimpft? (+15 Tage n. letzter Impfung):		
2. <u>Oder</u> Genesen + 1 x Geimpft		
3. <u>Oder</u> Covid-19 innh. der letzten 6 Monate		

Art der Aufnahme/des Aufenthaltes:

- elektive Aufnahme vorstationär ambulanter Termin
- Notfall nachstationär

Fragenkatalog – muss von Patient*in ausgefüllt werden!

1. Haben Sie aktuell eines/ mehrere der folgenden Symptome?

- JA** nein
- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
- Halsschmerzen
- neu aufgetretener Husten
- neu aufgetretene Atemnot oder Luftnot
- neu aufgetretene Kopfschmerzen (außer anhaltende Kopfschmerz 8- 21 Tage nach „Corona-Impfung“ mit AstraZeneca)
- neu aufgetretene Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit
- neu aufgetretene Geruchs-, Geschmacksstörung (ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur)
- neu aufgetretener Schnupfen (nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines/ mehrere der folgenden Symptome?

- JA** nein
- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
- Halsschmerzen
- neu aufgetretener Husten
- neu aufgetretene Atemnot oder Luftnot
- neu aufgetretene Kopfschmerzen (außer anhaltende Kopfschmerz 8- 21 Tage nach „Corona-Impfung“ mit AstraZeneca)
- neu aufgetretene Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit
- neu aufgetretene Geruchs-, Geschmacksstörung (ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur)
- neu aufgetretener Schnupfen (nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

3. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf das SARS-CoV2 getestet?

- JA** nein

4. Sind Sie oder waren Sie auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?

- JA** nein

5. Ist die Anamnese oder die Fremdanamnese, erfragt bei Angehörigen 1. Ordnung oder pflegenden Personen, „nicht“ oder „nicht vollständig“ erhebbar (bezogen auf Fragen 1. bis 9.)?

JA nein

Achtung: Wenn Sie vollimmun sind (Kriterien s.o.), dann bitte Frage 6- 9 mit „Nein“ ankreuzen

6. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Veranstaltung mit mehr als 10 Personen aus mehr als zwei Haushalten besucht? *

JA nein **weiß nicht?**

7. Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen **positiv** auf das Sars-CoV2 getestet worden ist? (Wenn Sie medizinisches Personal sind und adäquater Schutz getragen wurde, dann bitte „Nein“ ankreuzen)

JA nein

8. Ist jemand oder war jemand in Ihrem Wohnumfeld auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?

JA nein

9. Leben Sie in einem Pflegeheim, in dem es aktuell eine Häufung von Lungenentzündungen gibt?

JA nein

Hinweis:

Bei Sach- oder Personenschäden an Patienten, Mitarbeitern oder der jeweiligen Versorgungsstruktur infolge vorsätzlich falscher Angaben in diesem Corona-**Fragebogen** vor Behandlung, haftet der Auskunftgebende.

Auswertung – muss von Mitarbeiter*in ausgefüllt werden!

Eine der Fragen mit **JA** beantwortet?
Keinen Einlass in den „reinen Bereich“, sondern **Weiterleitung** in den jeweiligen „**unreinen Bereich**“!

** Hinweis zu Frage 6:*
 Falls nur die Frage 6 mit „**JA**“ oder „**weiß nicht**“ beantwortet wird, kann ein Kind (ab Schulalter bis inkl. 17 LJ) mit einem tagesaktuellen negativen SARS-CoV2-Antigen-Schnelltest und einer medizinischer Mund-Nasen-Schutz trotzdem als „**rein**“ eingestuft werden. **Voraussetzung für eine stationäre Behandlung ist jedoch die Durchführung eines PCR-Test in der ZNA und die Einstufung als „unrein“.** (Verlegung auf Iso-Station und unreinen OP!)

Zusammenfassende Patienteneinschätzung (zutreffendes bitte ankreuzen):

unrein **rein**

Neuruppin, _____
 Ort, Datum NAME, VORNAME Patient (Druckbuchstaben) Unterschrift Patient

Neuruppin, _____
 Ort, Datum NAME, VORNAME Mitarbeiter (Druckbuchstaben) Unterschrift Mitarbeiter

Neuruppin, _____
 Ort, Datum NAME, VORNAME Mitarbeiter (Druckbuchstaben) Unterschrift Mitarbeiter Ruppiner Kliniken

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Siehe Informationen zum Datenschutz für die Patienten der Ruppiner Kliniken „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten (Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff DS-GVO)“