

Corona Checkliste

Aufzeichnungsvorlage



Patientenetikett	Name: Vorname: Geburtsdatum:
------------------	--

Ja	Nein	Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber > 38° C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnupfen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geruchs-/Geschmacksstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
Ja	Nein	Risikofaktoren COVID-Kontakt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufenthalt in einem Risikogebiet (außerhalb BRD) wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne (inkl. Familienmitglied) wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? wann: _____ Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Ja	Nein	Epidemiologische Risikofaktoren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiten Sie in einem medizinischen / pflegerischen Beruf?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie in den letzten 4 Wochen stationär in einem Krankenhaus / Reha-Einrichtung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnen Sie in einem Alten-/Pfleheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft?

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt