

Corona Checkliste

Aufzeichnungsvorlage



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

Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen	Ja	Nein
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegen SARS-CoV-2 voll geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikofaktoren COVID-Kontakt	Ja	Nein
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epidemiologische Risikofaktoren	Ja	Nein
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-/Pflegeheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt