

CoViD-19 Anamnese

Sehr geehrte/r Patient/in,
zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz
von Mitpatienten und Mitarbeitern
möchten wir Sie bitten, vorsorglich
folgende Fragen zu beantworten:

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Infektion mit CoViD-19

Haben Sie eine Infektion durchgemacht bzw. sind positiv getestet worden? ja nein

→ Falls „ja“: Wurden die Isolierungsmaßnahme/Quarantäne aufgehoben? ja nein

→ Falls „ja“: Wann und durch wen?

Liegt ein negativer Abstrich auf Sars-Cov-2 vor? ja nein

→ Falls „ja“: Wann wurde der durchgeführt? (Datum und Ergänzung)

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Fieber > 38 °C

Atemnot

Abgeschlagenheit

Kopfschmerz

Trockener Husten

Durchfall

Halsschmerz

Schüttelfrost

Verlust des Geruchssinns

Schnupfen

Gliederschmerzen

**Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt
zusammen leben) innerhalb der letzten 14 Tage*:** ja nein

→ Falls „ja“: Wann/von wann, bis wann:

Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage: ja nein

→ Falls „ja“: Wo/wie/wann:

Gab es einen Aufenthalt in einem Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage? ja nein

→ Falls „ja“: Von wann bis wann?

Gab es in diesem Krankenhaus CoViD-19 Fälle? ja nein

→ Falls „ja“: Auf Ihrer Station? ja nein

**Sind Sie Bewohner in einem Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem
es in den letzten 14 Tage CoVid-19 Fälle gab?** ja nein

**Sind Sie beruflich in einer Pflege-/Bildungs-/Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis
oder Krankenhaus tätig in denen CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren
Versorgung Sie eingebunden?** ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet laut RKI? ja nein

Anamnese

Bei telefonischer Anamneseerhebung durch einen
Mitarbeiter der Einrichtung:

.....
Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Entscheidung Arzt über ambulante Behandlung:

ja nein

.....
Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin

Stand: 08/2020