

SCREENING-FRAGEBOGEN (WSK) GRIPPALER INFEKT / INFLUENZA / CORONAVIRUS

Datum

Patient/-in (Name, Vorname):Geburtsdatum:

Befragung: telefonisch oder direkt

Angehörige/Bezugspersonen:

Tel-Nr. der Bezugsperson:.....

NB: Die Befragung muss

- 1.) durch Aufnahmesekretariat unmittelbar vor der Vergabe des Aufnahmetermins erfolgen.
Bei Unklarheit Terminvergabe erst nach Rücksprache mit TL
- 2.) erneut durch AvD bei Ankunft VOR der formellen Aufnahme in separatem Raum (z. Zt. L06 oder L08)

Symptome	Ja	Nein	Besonderheiten
Fühlen Sie sich akut erkrankt und/oder erkältet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max.°C (laut Pat.)
Verlust vom Geruch- oder Geschmacksinn?			
Husten, Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cortison o. a. immunsupprimierendes Medikament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aktuelle Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Weitere Anamnese	
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="radio"/> Ja
	<input type="radio"/> Nein

.....
Unterschrift Aufnahme

bzw.

.....
Unterschrift AvD