

Covid-19-Anamnese



Name: _____, Geb.-Datum: _____

Telefonisch erreichbar (Montag 08:00 bis 09:30 Uhr) unter: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dank unseres Hygienemanagements und der Umsicht und Kooperation unserer bisherigen PatientInnen, ist die Hardtwaldklinik II bislang frei vom Coronavirus geblieben. Wir setzen alles daran, dass dies auch künftig so bleibt und bitten Sie daher die nachfolgenden Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte schicken Sie uns den Fragebogen umgehend zurück. Wir werden Ihnen dann einen Aufnahmetermin schriftlich mitteilen. Auf Grund des derzeit sehr dynamischen Infektionsgeschehens werden wir Sie am Tag vor Anreise in der Zeit von 08:00 Uhr bis 09:30 Uhr noch einmal telefonisch kontaktieren. Bitte beachten Sie, dass eine Aufnahme nur dann möglich ist, wenn wir uns im Rahmen des Telefonates vergewissern konnten, dass bei Ihnen weiterhin keine Hinweise auf eine Covid-19-Erkrankung bestehen. Sollte bei Ihnen eine Situation eintreten, die eine Anreise zum geplanten Termin nicht zulässt, bitten wir Sie uns dies so früh wie möglich mitzuteilen.

1. Fieber (> 38,0) in den vergangenen Tagen? nein ja, zuletzt am: _____
2. Grippeähnliche Symptome? nein ja, zuletzt am: _____
(Husten, Schnupfen, Hals- bzw. Gliederschmerzen, Durchfall, Abgeschlagenheit, rasche Luftnot)
3. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft mit einer isolierten oder grippal erkrankten Person? nein ja
4. Kontakt zu einem bestätigten Covid-Fall? nein ja, zuletzt am: _____
5. Wurden Sie auf Coronavirus getestet? nein ja, am: _____ pos. neg.
6. Wurden Sie auf Antikörper untersucht? nein ja, am: _____ pos. neg.
7. Wohnsituation? allein Familie, WG sonstiges
8. Häufigkeit von Sozialkontakten? sehr selten selten oft sehr oft
9. Tätigkeit in einem der folgenden Bereiche ? nein ja (letzte 14 Tage)
 Medizinischer Bereich Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita, Wohn- oder Pflegeheim)
 Publikumsverkehr, wie z. B Lebensmittelhandel Schlachtereibetrieb
10. Arbeit im Home Office nein ja
11. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel? nein ja
12. Rehabilitand/Patient wird mit PKW anreisen nein ja
13. Rückkehr aus einem Urlaub am: _____ nein ja, wo? _____
14. Bestehen Risikofaktoren? nein ja, wenn ja, welche:
 Diabetes mellitus Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, COPD) Schwangerschaft
 Adipositas (falls ja: Größe _____ cm, Gewicht _____ kg)
 Einnahme von Cortison in Tablettenform
 Einnahme von Immunsuppressiva (nach Organtransplantation, zur Behandlung einer Autoimmunerkrankung oder im Rahmen von Chemotherapie)

Bemerkungen: _____

Falls 14. bejaht wird:

15. Mir ist bekannt, dass bei mir im Falle einer Infektion ein statistisch höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht? nein ja

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank. Alle nachfolgenden Angaben werden klinikseitig bearbeitet.

Risikogebiet gemäß RKI am _____ 2020 nein ja

Überprüfung der Aktualität der Angaben am _____ durch _____

Bemerkungen: _____

Freigabe für den _____ 2020 nein ja Wiedervorlage in KW _____

Dr. Schäfer (Vertreter), Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____
