



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fallnummer: _____

Art der Aufnahme/des Aufenthaltes:

- elektive Aufnahme vorstationär ambulanter Termin
 Notfall nachstationär

Fragenkatalog – muss von Patient*in ausgefüllt werden!

1. Haben Sie aktuell grippeähnliche Symptome?

- JA** nein Wenn, **JA**, welche?

- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
 Halsschmerzen
 Husten (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Atemnot oder Luftnot (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Kopf- und Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Geruchs-, Geschmacksstörung (plötzlich aufgetreten, ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur (Fazialisparese))
 Übelkeit, Diarrhoe (Durchfall) (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Schnupfen (nicht chronisch, nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome?

- JA** nein Wenn, **JA**, welche?

- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
 Halsschmerzen
 Husten (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Atemnot oder Luftnot (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Kopf- und Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Geruchs-, Geschmacksstörung (plötzlich aufgetreten, ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur (Fazialisparese))
 Übelkeit, Diarrhoe (Durchfall) (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
 Schnupfen (nicht chronisch, nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Veranstaltung mit mehr als 10 Personen aus mehr als zwei Haushalten besucht?*

- JA** nein **weiß nicht?**

4. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf das SARS-CoV2 getestet?

- JA** nein

5. Sind Sie oder waren Sie auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?

- JA** nein

6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem vermuteten oder bestätigtem COVID-19-Fall?
 JA nein
7. Ist jemand in Ihrem Wohn-, oder Arbeitsumfeld in den letzten 14 Tagen **positiv** auf das Sars-CoV2 getestet worden?
 JA nein
8. Ist jemand oder war jemand in Ihrem Wohnumfeld auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?
 JA nein
9. Arbeiten Sie im medizinischen Bereich **und** haben Sie mindestens eines der unter 2. aufgeführten Symptome?
 JA nein
10. Leben Sie in einem Pflegeheim, in dem es aktuell eine Häufung von Lungenentzündungen gibt?
 JA nein
11. Ist die Anamnese oder die Fremdanamnese, erfragt bei Angehörigen 1. Ordnung oder pflegenden Personen, „nicht“ oder „nicht vollständig“ erhebbar (bezogen auf Fragen 1. bis 9.)?
 JA nein

Hinweis:

Bei Sach- oder Personenschäden an Patienten, Mitarbeitern oder der jeweiligen Versorgungsstruktur infolge vorsätzlich falscher Angaben in diesem Fragebogen vor Behandlung haftet der Auskunftgebende.

Auswertung – muss von Mitarbeiter*in ausgefüllt werden!

Eine der Fragen mit "**JA**" oder "**weiß nicht**" beantwortet?
Keinen Einfluss in den „reinen Bereich“, sondern **Weiterleitung** in den jeweiligen „**unreinen Bereich**“!

** Hinweis zu Frage 3:
 Falls die Frage 3 mit „**JA**“ oder „**weiß nicht**“ beantwortet wird, kann durch Vorlage eines max. 48 Stunden alten negativen SARS-CoV2-PCR-Tests **und** einen tagesaktuellen negativen SARS-CoV2-Antigen-Schnelltest der Patient trotzdem als „**rein**“ eingestuft werden. Voraussetzung für eine stationäre Behandlung ist jedoch die Durchführung eines Symptomentagebuches für die Dauer der Inkubationszeit plus erste grip-pale Erkrankungsphase (12 Tage).*

Zusammenfassende Patienteneinschätzung (zutreffendes bitte ankreuzen):

unrein **rein**

Neuruppin, _____
 Ort, Datum NAME, VORNAME Patient (Druckbuchstaben) Unterschrift Patient

Neuruppin, _____
 Ort, Datum NAME, VORNAME Mitarbeiter (Druckbuchst.) Unterschrift Mitarbeiter

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Siehe Informationen zum Datenschutz für die Patienten der Ruppiner Kliniken „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten (Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff DS-GVO)“