



Pat.Name:

Geb.Datum:

Tel.Nr.:

Checkliste Corona

Pat wünscht Test ohne Symptome

Pat wünscht Schnelltest

Pat Rückreise aus folgendem Land:

Hatten Sie zu einem positiv getesteten COVID-19 Patienten Kontakt

ja

nein

Haben Sie Symptome?

nein

Husten

Kopfschmerzen

Störung von Geruch/Geschmack

GI-Symptomatik

Atemnot

Halsschmerzen

Konjunktivits

Fieber

Schnupfen

Krankheitsgefühl

Falls Ja:

schwere/typische Symptome

Verschlechterung/anhaltende akute respiratorische Symptome

Risikogruppe (Alter/Vorerkrankungen)

berufliche Indikation (Med. Personal/Pflege/Lehrer/Erzieher)

vorangegangene Clustersituation

Kontakt zu Personen mit Symptome

(ungeklärter Ursache UND 7-Tages-Inzidenz >35/100.00)

während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen

weiterhin enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

Abstrich:

ja

nein

Befund:

SAO:

Puls:

Temp:

Lunge:

Rachen:

Sonstiges: