

Datum: _____ Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tagen folgende Symptome aufgetreten, bzw. treffen die Punkte

7 und/oder 8 zu?

- 1. erhöhte Temperatur (>37,3°)
- 2. Hals oder Gliederschmerzen
- 3. Luftnot
- 4. Neu aufgetretener Husten jeder Art
- 5. Durchfall
- 6. Störung Geruchs-/Geschmacksempfindung
- 7. Kontakt zu einem COVID 19 Patienten
- 8. Bewohner/Mitarbeiter Pflegeheim (mit vermehrten Auftreten von viralen Lungenentzündungen)

Vom MVZ auszufüllen:

Zusätzliche Risikofaktoren:

- Aktuelle Tumorthherapie (Chemo/Bestrahlung)?
- Bekannte Immunsuppression, z.B. Autoimmunerkrankung / Z.n. Transplantation?
- I. Kein V.a. respiratorischen Infekt und/oder unklarer Infekt → Basishygiene
- II. V.a. respiratorischen Infekt und/oder unklarer Infekt → erweiterte hygienische Schutzmaßnahmen: Abstand halten, gelber Schutzkittel, Mund-Nasenschutz, **Isolation nach Arztanordnung**
- III. Dringender V.a. COVID 19 Infektion → erweiterte hygienische Schutzmaßnahmen, zusätzlich Augenschutz, FFP 2/3 Maske, Transport des Patienten auf die PG 25

Erläuterung:

- Keine Punkte zutreffend Kategorie I
- ≥ 1 Symptome Kategorie II → **Vitalparameter ab Kat. II !**
- ≥ 1 Symptome und Pkt. 8 Kategorie II (ohne Ausbruchssituation)
- ≥ 1 Symptome und Pkt. 8 Kategorie III (mit Ausbruchssituation)
- Punkt 7 Kategorie III

Vom Personal auszufüllen ab Kat. II:
Temperatur: _____ °C
O₂ Sättigung: _____ %
Herzfrequenz: _____ /min

<input type="checkbox"/>	Ambulante Behandlung
<input type="checkbox"/>	Stationäre Behandlung

Handzeichen Pflege/Admin: _____