

## Screening auf Grippaler Infekt, Influenza, Corona-Virus und sonst. Risikofaktoren

Patient/-in \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

**Befragung:** telefonisch am \_\_\_\_\_, bei Anreise am Aufnahme datum

Die Befragung wird durch die Patientenaufnahme unmittelbar vor der Vergabe des Aufnahmetermins und erneut bei Anreise durchgeführt.

Symptome	Telefonisch		Bei Anreise		Bemerkungen
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Fühlen Sie sich akut erkrankt und/oder erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	max. ....°C (laut Pat.)
Verlust vom Geruch- oder Geschmacksinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten, Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risikofaktoren für den Aufenthalt					Bemerkungen
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cortison o. a. immunsupprimierendes Medik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktuelle Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Sars-Cov-2 Infizierten gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperatur bei Aufnahme					

.....  
Unterschrift bei Telefonat

.....  
Unterschrift bei Aufnahme