Checkliste COVID-19

ST. BERNHARD-HOSPITAL KAMP-LINTFORT

Checkliste _____

Datum/Zeit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Tel.: _____

☐ Patient ☐ Begleitperson ☐ Salvea ☐ BesucherIn

Name des Patienten: _____

Symptome aktuell **(bitte ankreuzen, wenn Symptome vorhanden!)**

☐ Fieber ☐ Husten ☐ Atemnot
☐ „Kratzen“ im Hals ☐ Durchfall
☐ Plötzlich auftretende Beeinträchtigung des Geruchs- und/oder Geschmacksinns

☐ **keine Symptome**
(bitte ankreuzen, wenn keine der oben genannten Symptome vorhanden sind!)

Wurde bei Ihnen bereits ein Abstrich durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie das Ergebnis bereits erhalten? ☐ ja ☐ nein
Ergebnis: ☐ negativ ☐ positiv

Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland (z. B. Urlaub)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo: _____

Kontakt zu Corona-Virus infizierter Person (Test positiv!)?
innerhalb der letzten 14 Tage

☐ ja ☐ nein

Kontakt zu in Quarantäne befindlicher Person?
innerhalb der letzten 14 Tage

☐ ja ☐ nein

Wird mindestens **eine Frage mit *Ja*** beantwortet, handelt es sich um einen **möglichen Verdachtsfall**.
Krankenbesuche sind dann nicht möglich!

Bei milder Symptomatik ist die ambulante Behandlung abzuwägen (Compliance in Bezug auf weitere Maßnahmen erforderlich!)

Beachten Sie bitte die Meldepflicht gemäß §6 IfSG an das Gesundheitsamt!

Patienten geben diesen Bogen bitte in der jeweiligen Abteilung/Station ab, **Besucher** müssen den Bogen bitte bei Verlassen des Krankenhauses an der Besucherinformation oder Pforte abgeben.

Nach Punkt 5.3 der Allgemeinverfügung des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Anspruchs auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 14. Oktober 2020 sind wir verpflichtet, Name und Adresse jeder positiv getesteten Person dem jeweils für den Wohnsitz der Person zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

004000