

COVID-19-Checkliste für ambulante Patienten / Begleitpersonen

Vorname: _____ Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Tel. od. E-Mail: _____

Ambulanz: _____

Temperatur bei Zutritt Klinikum: _____

Prüfung Einlasskontrolle – Zugang nur wenn eines der Kriterien zutrifft :

- Negativer Corona-(Schnell-)test (max. 24 Std. alt) vom: _____
- Abgeschlossene COVID-Grundimmunisierung (mind. 14 Tage nach 2.-Impfung*),
Termin 2.-Impfung: _____ (Vorlage Impfnachweis) *(Ausnahme Janssen / Johnson & Johnson nur eine Impfung)
- Stattgehabte COVID-Erkrankung vor > 4 Wochen, < 6 Monaten am: _____ (Vorlage PCR-Test)
- Stattgehabte COVID-Erkrankung vor > 6 Monaten: _____
+ Impfung am _____ (Vorlage PCR-Test und Impfnachweis)

geprüft durch: Handzeichen MA

1. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage folgende Beschwerden?

- 1.1. Fieber, erhöhte Temperatur Ja Nein
- 1.2. Grippale Beschwerden Ja Nein
(z.B. Schnupfen, Hals-, Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl)
- 1.3. Husten oder Luftnot? Ja Nein
- 1.4. Durchfall oder Erbrechen? Ja Nein
- 1.5. Geschmacks- oder Riechstörungen? Ja Nein

2. Expositionsrisiko:

- 2.1 Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem internationalen COVID-19-Risiko-/Virusvariantengebiet (gemäß Definition Robert-Koch-Institut)? Ja Nein
- 2.2 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person? Ja Nein
Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Datum)
3. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen COVID-19? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____ (Datum)

Datum: _____

Unterschrift

Papierbogen einscannen und digital der Patientenakte hinzufügen!

Nur von der Ambulanz/Praxis auszufüllen:

Kontaktpersonen: < 1,5 m Abstand (ohne Trennscheibe) oder >15 Minuten in einem Raum:

Name	Funktion (z.B. Arzt/Pflege/MFA/Patient)	Dauer des Kontaktes	Art des Kontaktes

Alternativ können die Kontaktpersonen in der ORBIS-Terminliste dokumentiert werden.