

# STUFE 1



Fragebogen  
Ersteinschätzung  
COVID-19  
017/09.2021



Patient:  Begleitperson:  Besucher:  Sonstige: \_\_\_\_\_

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Soz.V.Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Besucher und Begleitperson bitte ausfüllen:

Wen besuchen bzw. begleiten Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben bzw. hatten Sie in den letzten Tagen Fieber?	JA <input type="checkbox"/> Temp.: _____	NEIN <input type="checkbox"/>
.... trockenen Husten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
.... plötzlich gestörten Geschmacks-Geruchssinn	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

## 3G-Regel:

getestet	<b>Mitgebrachtes negatives Testergebnis</b> <i>Es gelten alle Tests mit Bestätigung einer offiziellen Stelle: Tests in Ordinationen, Apotheken und Testzentren, Betriebstestungen, Schultestungen („Ninja“), Screening-Programme, z.B. in Krankenhäusern, Senioren-/Pflegeheimen</i>	<b>Antigenschnelltest max. 24 h</b> <b>Selbstabnahme (zu Hause) 24 h</b> <i>(nur mit digitaler Erfassung anerkannt)</i> <b>PCR max. 72 h</b> <b>Schüler „Ninja“ Test-Pass</b>
----------	---	---

genesen	<b>Aufgehobener Absonderungsbescheid (180 Tage gültig)</b> <b>Ärztliche Bestätigung nach abgelaufener Infektion (180 Tage gültig)</b> <b>COVID-Antikörpernachweis (90 Tage gültig)</b>
---------	--

geimpft	<b>Impfpass, Impfkarte, Elektronischer Impfpass (ELGA), ärztliche Bestätigung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Impfstoffe, bei denen nur eine Impfung vorgesehen ist, (z.B. <b>Johnson &amp; Johnson</b>) gelten ab dem 22. Tag nach der Impfung (270 Tage ab dem Tag der Impfung gültig);</i></li><li>• <i>Die Zweitimpfung gilt für maximal <b>360 Tage</b> ab dem Zeitpunkt der <b>Zweitimpfung</b>.</i></li><li>• <i>Für bereits <b>genesene Personen</b>, die bisher einmal geimpft wurden, gilt die <b>Impfung 360 Tage</b> ab dem Zeitpunkt der Impfung.</i></li></ul> <b>Impfstoff muss in Österreich zugelassen sein.</b>	JA NEIN
---------	--	------------

Name & Handzeichen KrankenhausmitarbeiterIn: