

COVID-19: Prüfung klinisch-epidemiologischer Kriterien

Begleitperson:

Datum der Erhebung: _____

Besucher:

Ersteinschätzung Name: _____

Sonstiges:

(Techniker, Referenten, etc.)

Name u. Station Patient: _____

Name: _____ Tel.: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Hauptwohnsitz im Ausland

Frage 1

Symptome COVID-19:

Fieber	JA <input type="checkbox"/> Temp: _____ °C	NEIN <input type="checkbox"/>
fiebersenkende Medikation in den letzten 4 Std. eingenommen?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Symptome COVID-19

Trockener Husten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Gestörter Geschmacks-Geruchssinn	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Durchfall/Erbrechen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Frage 2

Hatten Sie engen Kontakt (über 15 Minuten in weniger als 2 Meter Abstand) zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19 Fall? (bei JA/Nicht auszuschließen ist zwingend ein Abstrich zu veranlassen)

Ja / Nicht auszuschließen

Nein

Wenn 1 Frage mit JA beantwortet wird:

Aufnahme COVID Ambulanz

verwiesen auf Telefonhotline „1450“

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Sicherheitsbestimmungen des Krankenhauses einzuhalten, insbesondere

- **Durchgängiges Tragen der Schutzmaske**
- **Einhaltung eines Sicherheitsabstandes von 2 m**

Unterschrift des Besuchers/der Begleitperson: _____

COVID-19: Prüfung Nachweis „3G-Regel“

Ein Zutritt in das Krankenhaus ist nur möglich, wenn zumindest ein Kriterium der 3-G-Regel - geimpft, genesen oder getestet - erfüllt ist. Ein 3G-Nachweis ist mitzubringen.

getestet	<p>Mitgebrachtes negatives Testergebnis <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></p> <p><input type="checkbox"/> Antigenschnelltest max. 48 h</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstabnahme (zu Hause) 24 h (nur mit digitaler Erfassung anerkannt)</p> <p><input type="checkbox"/> PCR max. 72 h</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler „Ninja“ Test-Pass max. 48 h</p> <p>Datum der Ausstellung: _____</p> <p>Uhrzeit der Ausstellung: _____</p>
genesen	<p>aufgehobener Absonderungsbescheid (sechs Monate gültig) <input type="checkbox"/> Datum der Ausstellung: _____</p> <p>Ärztliche Bestätigung <input type="checkbox"/> Datum der Ausstellung: _____</p> <p>COVID-Antikörpernachweis (drei Monate gültig) <input type="checkbox"/> Datum der Ausstellung: _____</p>
geimpft	<p>Impfpass, Impfkarte, Elektronischer Impfpass (ELGA), ärztliche Bestätigung <i>(gilt ab dem 22. Tag nach der Erstimpfung gegen COVID für max. drei Monate; bei Vollimmunisierung: Impfschutz gilt für neun Monate)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Datum der Erstimpfung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Datum der Vollimmunisierung: _____</p>

Hinweis: Änderungen zu vorherigen Versionen können unter Änderung Ansicht (Ans. (Ä)) in der Dokumentenlenkung eingesehen werden.