

## COVID-19: Prüfung klinisch-epidemiologischer Kriterien

**Patient:**  Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_  
**Begleitperson:**   
**Besucher:**  Ersteinschätzung Name: \_\_\_\_\_  
**Sonstige:**  \_\_\_\_\_

Name: _____ Tel.: _____
SV Nr.: _____ (nur bei Pat.)
Geb. Datum: _____
Adresse: _____
<input type="checkbox"/> 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"/>

### Frage 2

Akutes Auftreten folgender COVID-19 - Symptome		
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 3

Hatten Sie engen Kontakt (über 15 Minuten in weniger als 2 Meter Abstand) zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19 Fall?

Ja / Nicht auszuschließen
  Nein

**Wenn 1 Frage mit JA beantwortet wird**  
**→ Abklärung bzgl. COVID-19 einleiten/Abstrich veranlassen**