

Covid Anamnese & Triage Checkliste

GEPLANT mit Covid-Testung

Patientenetikett

Patient-Name: _____ Geb.-Datum: _____

Telefonnummer: _____

Patient u/o
med.Personal**Aktuelle Beschwerden:****Seit wann?:**Patient u/o
med.Personal**Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen eine der folgenden Beschwerden?**

- Husten

- Atembeschwerden

 Ja Nein

- plötzlicher Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes

- Fieber > 37,3°C gemessen

Patient u/o
med.Personal**Rückkehr aus dem Ausland in den letzten 14 Tagen?** Ja Nein

Wenn ja, von wo? : _____ Wann? : _____

Patient u/o
med.Personal**Kontakt zu einer Corona POSITIV getesteten Person?** Ja Nein

Wann? : _____

Sind Sie:**Getestet?** AG PCR Wann: _____**Geimpft?** Impfnachweis: 1. Impfung Wann: _____ 2. Impfung**Genesen?** Corona Infektion: Ja Wann: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Von klinischem Personal auszufüllen:NUR med.
Personal**Körpertemperatur hierorts:** _____ °C **erhöht?** Ja Nein
[> 37,3°C (Stirn) oder 37,8°C (Ohr)?]**Andere gute Erklärung des Symptoms?:** _____NUR med.
Personal**Triage-Ergebnis**   trotz SymptomWenn : SpO2: _____ % nach Rücksprache mit FA/AM: _____CRB-65-Index: _____ Verwirrtheit Atemfrequenz >= 30 RR < 90/60 Alter > 65Entspricht Falldefinition BMfG? Ja Nein > Wenn Ja, Meldung MA15 ausgefüllt? Ja NeinDatum: _____ Med. Personal – **LESERLICH!** _____ Unterschrift: _____