



Name: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Temperatur: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fallnummer: \_\_\_\_\_

<i>Durch Personal ausgefüllt:</i> <b>Vollimmun</b> , wenn folgende Kriterien erfüllt sind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft? (+15 Tage n. letzter Impfung): <input type="checkbox"/> <b>Oder</b> Genesen + 1 x Geimpft <input type="checkbox"/> <b>Oder</b> Covid-19 inh. der letzten 6 Monate	<input type="checkbox"/> Nachweis vorgelegt <input type="checkbox"/> Eintrag im SAP

**Art der Aufnahme/des Aufenthaltes:**

- elektive Aufnahme                       vorstationär                       ambulanter Termin  
 Notfall                                       nachstationär

**Fragenkatalog – muss von Patient\*in ausgefüllt werden!**

1. Haben/ Hatten Sie aktuell/ in den letzten 14 Tagen eines/ mehrere der folgenden Symptome?  
 **JA**                                       nein  
 Fieber > 38°C  
 neu aufgetretener Husten  
 neu aufgetretene Atemnot oder Luftnot  
 neu aufgetretene Geruchs-, Geschmacksstörung (ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur)  
 neu aufgetretene grippeähnliche Symptome
2. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf das SARS-CoV2 getestet?  
 **JA**                                       nein
3. Sind Sie oder waren Sie auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?  
 **JA**                                       nein
4. Ist die Anamnese oder die Fremdanamnese, erfragt bei Angehörigen 1. Ordnung oder pflegenden Personen, „nicht“ oder „nicht vollständig“ erhebbar (bezogen auf Fragen 1. bis 6.)?  
 **JA**                                       nein

**Achtung:** Wenn Sie vollimmun eingestuft wurden (Kriterien s.o.), dann Frage 5.+ 6. mit „Nein“ ankreuzen

5. Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen **positiv** auf das Sars-CoV2 getestet worden ist? (*Wenn Sie medizinisches Personal sind und adäquater Schutz getragen wurde, dann bitte „Nein“ ankreuzen*)  
 **JA**                                       nein
6. Leben Sie in einem Pflegeheim, in dem es aktuell eine Häufung von Lungenentzündungen gibt?  
 **JA**                                       nein

Hinweis:

Bei Sach- oder Personenschäden an Patienten, Mitarbeitern oder der jeweiligen Versorgungsstruktur infolge vorsätzlich falscher Angaben in diesem Corona-Fragebogen vor Behandlung, haftet der Auskunftgebende.

**Auswertung – muss von Mitarbeiter\*in ausgefüllt werden!**

**Eine** der Fragen mit **JA** beantwortet?  
**Patient isolationspflichtig!**

**Zusammenfassende Patienteneinschätzung (zutreffendes bitte ankreuzen):**

**unrein**       **rein**

Neuruppin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

NAME, VORNAME Patient (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Betreuer/Angehöriger

Neuruppin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

NAME, VORNAME Mitarbeiter (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter Ruppiner Kliniken/OGD

**Datenschutzrechtliche Hinweise:**

Siehe Informationen zum Datenschutz für die Patienten der Ruppiner Kliniken „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten (Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff DS-GVO)“