

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

Name	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Telefonnummer	

Hatten Sie zuletzt Fieber, Schüttelfrost oder ein starkes Krankheitsgefühl?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie zuletzt Husten, Halsschmerzen oder Luftnot/Kurzatmigkeit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bestand in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an CoVID-19 erkrankten Person?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits ein Test (Abstrich) auf CoVID-19 entnommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind fieberhafte Atemwegserkrankungen in Ihrem Umfeld bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie im medizinischen oder pflegerischen Bereich tätig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Anwesenheitszeit  :   : *Ankunftszeit* *Endzeit*

Datum und Unterschrift

▼ Wird von Klinikmitarbeiter ausgefüllt! ▼

Vitalparameter	Temp.:	HF:	RR:	SaO2:
<input type="checkbox"/> ROT	Standardumsetzung bei Verdacht auf CoVID-19			
<input type="checkbox"/> ORANGE	<input type="checkbox"/> begründeter Verdacht <input type="checkbox"/> Fall unter differentialdiagnostischer Abklärung			
<input type="checkbox"/> GRÜN	Keine weiteren Maßnahmen erforderlich			