

Verfahrensanweisung

**Aufnahmefragebogen
COVID-19**

Abteilung: alle
Mitarbeiter: alle
Standort: EK / BW

Informationen über Patient/Besucher/usw.:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer oder Adresse:

Wartenummer: _____

- Ambulanter Patient
- Stationärer Patient- Station:.....
- Besucher
- Begleitperson
- Sonstiger Grund:
.....

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist sofort ein Arzt zu verständigen

JA

NEIN

Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert, oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit dem Coronavirus infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand?

Haben sie folgenden Anzeichen/Symptome:

- Fieber? (Gemessene Körpertemperatur hier eintragen:) _____°C;
ACHTUNG: Temperatur ab 38°C und größer = „JA“ ankreuzen.
- neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege, in Form von **trockenem Husten?**
- neu aufgetretene **Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns?**

Aufgrund der aktuellen Situation sollen im Rahmen der Corona-Eindämmung, Testungen durchgeführt werden. Ziel ist die Ansteckung und Weiterverbreitung von COVID-19 zu verhindern. Es wird ein Abstrich im Nasenrachenraum durchgeführt, um eine akute SARS-CoV-2 Infektion nachzuweisen bzw. auszuschließen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich getestet werde.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Besucher: **X** _____

Ergebnis Covid-19-Schnelltest: **positiv** **negativ**

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Sonntag Klaus	Sonntag Klaus	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	26.11.2020	16.11.2020	17.11.2020

Verfahrensanweisung

**Aufnahmefragebogen
COVID-19**

Abteilung: alle
Mitarbeiter: alle
Standort: EK / BW

Bei Besucher

Besuch gestattet, Kürzel Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Informationen über Patient, der besucht werden soll:

Name, Vorname: _____

Station / Zimmernummer: _____

Besuchszeit:

von: _____ bis _____ Uhr

Für die **INTERNE** Dokumentation:

Eine Vorstellung/Aufnahme kann aus **medizinischer Indikation nicht** verschoben werden, obwohl Hinweise für ein erhöhtes Risiko einer Infektion durch COVID-19-Infektion bestehen. Ich habe mich bezüglich der speziellen Hygienemaßnahmen informiert und alle beteiligten und nachversorgenden Bereiche/Abteilungen/Einrichtungen informiert (**Unterschrift des Arztes zwingend erforderlich**).

Datum	Unterzeichner Druckbuchstaben	Unterschrift
-------	-------------------------------	--------------

Arbeitsanleitung:

Wenn eine der Fragen mit „**ja**“ beantwortet wird oder der Schnelltest „**positiv**“ ausfällt, ist durch den behandelnden Arzt¹ dringend zu prüfen, ob die Vorstellung bzw. Aufnahme nicht um mindestens 14 Tage verschoben werden kann.

Sofern dies nach Prüfung nicht möglich ist, sind besondere Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen.

Muss in der aktuellen Lage dennoch eine Vorstellung oder stationäre Aufnahme erfolgen, sind die aktuell geltenden Anweisungen, die im Intranet unter:

<http://map.osk.local/ShareCenter/dienstleister/hygiene/neuartiges-coronavirus-2019-ncov/>

und

<http://map.osk.local/ShareCenter/medizin-und-pflege/arbeitsordner-coronavirus-covid-19-coronavirus-sars-cov-2>

einzuhalten. Eine stationäre Aufnahme in dieser Lage setzt eine schriftlich dokumentierte Indikationsstellung durch den behandelnden Arzt voraus.

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

¹ (w/m/d)

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Sonntag Klaus	Sonntag Klaus	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	26.11.2020	16.11.2020	17.11.2020