

Patienten-Screening-Formular

Nur zum praxisinternen Gebrauch:

Dieses Screening-Formular ist zweimal anzuwenden, einmal beim Vorab-Screening (z. B. telefonisch bei der Bestätigung des Termins) und ein zweites Mal, um die Antworten zu bestätigen, wenn die/der Patient(in) in der Praxis erscheint. Die Antworten auf diese Fragen müssen in der Patientenakte dokumentiert werden.

Wenn die/der Patient(in) die Fragen 1 bis 4 mit „ja“ beantwortet, verschieben Sie Behandlungen, die keine Notfallbehandlungen sind, und führen Sie Notfallbehandlungen nur dann durch, wenn Ihre Praxis auf solche Fälle eingerichtet und entsprechend ausgestattet ist. Wenn die/der Patient(in) Frage 5 mit „ja“ beantwortet, sind die lokalen Prävalenzraten relevant, und es sollte eine Risikoanalyse durchgeführt werden. Wenn die/der Patient(in) Frage 6 mit „ja“ beantwortet, versuchen Sie, der Patientin / dem Patienten einen Termin ganz früh am Morgen zu geben, wenn noch keine anderen Patienten anwesend sind.

Name der Patientin /des Patienten: _____

Alter: _____

1. Wurden Sie im letzten Monat positiv auf COVID-19 getestet oder wurden Sie von Ihrem Arzt oder der örtlichen Gesundheitsbehörde aufgefordert, sich in Isolation zu begeben?
ja nein
2. Haben oder hatten Sie kürzlich (in den letzten 14–21 Tagen) eines der folgenden Symptome:
ja nein Fieber (Temperatur über 38 °C) oder Gefühl von Hitze, Schüttelfrost/fiebrig
ja nein Kurzatmigkeit oder sonstige Atembeschwerden
ja nein Husten oder Verschlimmerung eines chronischen Hustens
ja nein Grippeartige Symptome wie Magenverstimmung, Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit
oder Halsschmerzen
ja nein Veränderung oder Verlust von Geschmack oder Geruch in der letzten Zeit
ja nein Irgendwelche neuen, ungewöhnlichen Symptome, z. B. Unwohlsein oder plötzliches Einsetzen einer laufenden Nase
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der COVID-19 bestätigt wurde oder bei der die oben genannten Symptome für eine mögliche COVID-19-Infektion vorlagen?
ja nein
4. Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage ins Ausland oder in einen COVID-19-Hotspot gereist?
ja nein
5. Waren Sie in den letzten 14 Tagen bei großen Menschenansammlungen, bei denen das Social Distancing nicht eingehalten wurde?
Ja nein



6. Haben Sie eine Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankung, Diabetes oder eine Autoimmunerkrankung?

ja nein