



Name, Vorname (oder Patientenaufkleber)

Datum: \_\_\_\_\_

Name der Begleitperson: \_\_\_\_\_

### **C H E C K L I S T E zur Risikoeinschätzung einer SARS-CoV-2 Übertragung**

1. Wurde eine Testung auf SARS-CoV-2 (COVID-19, Coronavirus) durchgeführt und eine Infektion nachgewiesen?

Ja, am \_\_\_\_\_ (Datum)

Ergebnis:  SARS-CoV-2 nachgewiesen       SARS-CoV-2 **nicht** nachgewiesen

Nein

2. Bestand bekannter Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person oder an COVID-19/ Coronavirus erkrankten Person innerhalb der letzten 14 Tage?

Ja

Nein

3. Bestehen folgende Symptome, die den letzten 14 Tagen **neu aufgetreten** sind?

Fieber (über 37,5°C)       Ja       Nein

Husten       Ja       Nein

Halsschmerzen       Ja       Nein

Erkältungszeichen, wie Kopf- und Gliederschmerzen       Ja       Nein

Verlust des Geruchs-, Geschmackssinn       Ja       Nein

Luftnot       Ja       Nein

Durchfall, Erbrechen       Ja       Nein

4. Fand ein Aufenthalt oder Besuch in einem Pflegeheim / Altenheim / in einer Behinderteneinrichtung oder in einer anderen Klinik oder einem Risikogebiet im Ausland in den letzten 14 Tagen statt?

Ja       Nein

5. Wurde eine Impfung gegen SARS-CoV-2 durchgeführt?

Nein       Ja, 1x geimpft       Ja, 2x geimpft

Impfstoff (falls bekannt) : \_\_\_\_\_

*Hinweis zum Datenschutz: Die vorgehenden von Ihnen angegebenen Daten verarbeiten wir lediglich für den Zweck der Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der Covid-19 Pandemie. Ihnen stehen jederzeit die gesetzlich normierten Betroffenenrechte der § 17 bis 23 KDR-OG zu (insb. das Recht auf Auskunft und Löschung). Die vollständigen Datenschutzinformationen zur Erhebung der Daten im Rahmen von Covid-19 finden Sie an der Informationszentrale in der Eingangshalle.*

**UNTERSCHRIFT:** \_\_\_\_\_