

COVID-CHECKLISTE

Patientenaufkleber

	ja	nein
Kommt der Patient/die Patientin als Verlegung aus einem Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient/die Patientin in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland heimgekehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitet der Patient/die Patientin im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient/die Patientin Raucher/in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte der Patient/die Patientin zurzeit oder hatte er/sie in den letzten 14 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> -Kontakt zu einem positiv auf COVID-19 getesteten Person? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Fieber > 38 Grad Celsius? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Neu aufgetretene Kurzatmigkeit? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Schnupfen, Husten, Gliederschmerzen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Durchfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 		

Datum: _____

Pflegekraft: _____ Arzt/Ärztin: _____