



St. Joseph-Krankenhaus gGmbH · Kalvarienberg 4 · 54595 Prüm

**Geriatric**

Patientendaten oder -etikett

**Chefarzt Alexander Papendorf**

Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

Fragebogen zur Erfassung von Risikofaktoren für COVID-19 zur Vorbereitung der  
Übernahme in die geriatrische Frührehabilitation

Aufgrund der aktuell bestehenden Hygienerichtlinien besteht die Verpflichtung, Risiken für eine Übertragung mit SARS-CoV-2 bestmöglich zu reduzieren. Aus diesem Grunde ist zusätzlich zur Beantwortung der folgenden Checkliste der Nachweis eines aktuellen negativen Nasen-Rachen-Abstrichs erforderlich. Beantwortung des Fragenkatalogs bitte am Vortag der Verlegung und dann Zusendung der Dokumentation und des Abstrichbefundes an folgende Faxnummer: **06551 15382**. Ohne diese Nachweise ist eine Übernahme nicht möglich!

		<b>ja</b>	<b>nein</b>
1.	Bestand in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einer Person mit positivem Nachweis von SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Bestehen in den letzten 7 Tagen grippeähnliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Bestehen in den letzten 7 Tagen Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Besteht in den letzten 7 Tagen Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Besteht in den letzten 7 Tagen Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Besteht in den letzten 7 Tagen Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben sich in den letzten 7 Tagen Geschmacks- oder Geruchssinn verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Besteht in den letzten 7 Tagen Diarrhoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpertemperatur: \_\_\_\_\_ °C

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Abstrich auf SARS-CoV-2 vom \_\_\_\_\_  positiv  negativ

Dokumentation durchgeführt durch:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Stempel Unterschrift