

### FM Erstscreening bzgl. SARS-CoV-2\*

Haßberg-Kliniken                       MVZ                                       Bereitschaftspraxis

Patient/-in                               Begleitperson                      ( Mitarbeiter/-in)

\*Der Begleitperson ist nur in Ausnahmefällen der Zutritt gestattet.

Name:	Vorname:	Begleitperson vorhanden? Name:
Geburtsdatum:	Temperatur:	Telefon Nr:

	Ja/Yes	Nein/No
1. Hatten Sie in den letzten 24 Std. Fieber oder Schüttelfrost? <i>Have you had fever or chills within the last 24 hours?</i>		
2. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage Husten oder Atembeschwerden? <i>Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently in the last 7 days or at the moment?</i>		
3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen? <i>Did you have a sore throat, runny nose and headache or body pains?</i>		
4. Hatten Sie in den letzten 24 Std. erbrochen oder dünnen Stuhl? <i>Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hours?</i>		
5. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Beeinträchtigungen des Geschmacks- oder des Geruchssinnes? <i>Have you had any impairment of the sense of taste or smell in the last 7 days?</i>		
6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippe-symptome zeigte? <i>Within the last 14 days, have you been near or did you spend time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza?</i>		
7. Waren Sie mit Covid-19 infiziert oder ist bei Ihnen aktuell eine Infektion bekannt? <i>Have you been infected with Covid-19 in the past or are you infected right now?</i>  <b>→ Im Fall einer Bejahung:</b> <input type="checkbox"/> MVZ: <b>Sofort Unterbringung in einem Behandlungszimmer ohne Kontakt zu weiteren Patienten (PSA tragen!!). Bei akuter Infektion nur Notfallbehandlung!</b> <input type="checkbox"/> Klinik: <b>Einzelzimmerunterbringung und PSA mit FFP-Maske bis Befundergebnis vorliegt!</b>		
8. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten? ( <b>siehe Liste Risikogebiete RKI</b> ) <i>Have you been in a risk area in the past 14 days? (see list of risk areas RKI)</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Negativbefund liegt vor? <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Quarantäne	

Bei Bejahung **eines der Punkte** sind Mundschutz und nach Händedesinfektion Einmalhandschuhe zu tragen. Händehygiene unbedingt beachten! **Bitte unbedingt konsequent gute Basishygiene, MNS und nach Möglichkeit „Face to Face“ Kontakt sehr kurz halten oder vermeiden!** In allen Fällen bekommen Sie direkt an der Anmeldung einen Mundschutz angelegt und werden sofort in ein Behandlungszimmer verbracht.

Datum:	Uhrzeit:
Unterschrift: _____ (Unterschrift) *Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben!	

\*Die erhobenen Daten werden nach der Erhebung von den vorgenannten Stellen längstens bis 30 Tagen aufbewahrt und im Anschluss verworfen. Stand: 27.08.2020