

Name:
Geburtsdatum:

Fragebogen zur Risikoklassifizierung COVID-19

Liebe Kurteilnehmer*innen,
aufgrund des aktuellen Ausbruchgeschehens mit COVID-19 in Europa möchten wir unsere Patienten und Mitarbeiter bestmöglich schützen. Wir möchten Sie bitten, uns dabei zu unterstützen und die folgenden Fragen zu beantworten. Ihr Behandlungsteam wird daraus eine Risikobewertung ableiten und ggf. notwendige Maßnahmen ergreifen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Behandlungsteam des Kurzentrum Carolinensiel..

		Telefonisch 48 h vorher		Vor Ort	
Kürzel Mitarbeiter:					
Antwort:		Ja	Nein	Ja	Nein
1.	<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Kontakt privat oder auf der Arbeit zu Personen, die COVID-19 positiv getestet wurden? Dazu gehören auch Personen aus demselben Haushalt. 				
2.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie medizinisches Personal, das in den letzten 14 Tagen ungeschützten Kontakt (ohne adäquate Schutzausrüstung) zu Sekreten oder Aerosolen (z.B. beim Bronchoskopieren) zu positiv getesteten Patienten hatte? 				
3.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie medizinisches Personal mit Kontakt ≤ 2 m zu einem COVID-19 positiv getestete, das eine adäquate Schutzbekleidung inklusive FFP 2 Maske während der gesamten Zeit des Kontakts getragen hat? 				
4.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie in den letzten 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland gewesen? 				
5.	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie allgemeine Erkältungssymptome (Fieber, Husten oder veränderte Geruchs- und Geschmacksnerven)? Seit wann sind welche Beschwerden auftreten? Bemerkungen: 				
6.	<ul style="list-style-type: none"> Wurde in den letzten 48 Std. ein Test auf COVID-19 durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? 				
	<ul style="list-style-type: none"> Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? 				

Temperatur gemessen bei:

Datum: _____

Unterschrift: _____