

Checkliste COVID-19

Patientenbefragung

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

COVID-Test durchgeführt? Ja Nein

Beschwerden in den letzten Tagen: _____

1. Hatten Sie Fieber in den letzten Tagen? Wenn ja, wie hoch?

Ja $\geq 37,5$ (3 Punkte) Nein $< 37,0$ (0 Punkte) 37 - 37,4 (1 Punkt)

Schwangere: Ja ≥ 37 (3 Punkte) Nein < 37 (0 Punkte)

2. Husten Sie vermehrt?

Ja - trocken + Luftnot (2 Punkte) Produktiv ohne Atemnot (1 Punkt)

3. Haben Sie Atemnot?

Atemnot bei geringer Belastung und in Ruhe (2 Punkte)
 Atemnot bei starker Belastung (1 Punkt)

4. Haben Sie Bauchschmerzen und/oder Durchfall?

Ja (1 Punkt) Nein (0 Punkte)

5. Haben Sie Muskelschmerzen?

Nach Belastung (0 Punkte) In Ruhe bzw. diffus (1 Punkt)

6. Hatte noch jemand in Ihrer Umgebung ähnliche Beschwerden?

Ja (1 Punkt) Nein (0 Punkte)

7. Hatten Sie Kontakt zu einem(r) positiv getesteten Person?

Ja (3 Punkte) Nein (0 Punkte)

Punkteskala:

≥ 3 Punkte (positiv) – Test

< 3 Punkte (negativ) – kein weiteres Procedere

Unterschrift Patient/-in: _____