

Pat.Name:

Geb.Datum:

Tel.Nr.:

## Checkliste Corona

Pat wünscht Test ohne Symptome

Pat wünscht Schnelltest

Pat Rückreise aus folgendem Land:

**Hatten Sie zu einem positiv getesteten COVID-19 Patienten Kontakt?**

ja

nein

**Haben Sie Symptome?**

nein

GI-Symptomatik

Konjunktivits

Husten

Atemnot

Fieber

Kopfschmerzen

Halsschmerzen

Schnupfen

Störung von Geruch/Geschmack

Krankheitsgefühl

**Falls Ja:**

schwere/typische Symptome

Verschlechterung/anhaltende akute respiratorische Symptome

Risikogruppe (Alter/Vorerkrankungen)

berufliche Indikation (Med. Personal/Pflege/Lehrer/Erzieher)

vorangegangene Clustersituation

Kontakt zu Personen mit Symptomen

(ungeklärter Ursache UND 7-Tages-Inzidenz >35/100.00)

während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen

weiterhin enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

**Abstrich:**

ja

nein

**Befund:**

SAO:

Puls:

Temp:

Lunge:

Rachen:

**Sonstiges:**