

(KV)-Adremafeld für
Patientendaten

Anamnesebogen bei V.a. SARS-CoV-2 / COVID-19

Vorstellungsgrund:

Beschwerdebeginn:

Mit COVID-19 vereinbare Symptome:

- Fieber ja nein
Husten produktiv/unproduktiv ja nein
Dyspnoe ja nein SpO₂ ____%
Geruchs-/Geschmacksstörungen ja nein
Halsschmerzen ja nein
Allgemeine Abgeschlagenheit/Müdigkeit ja nein
Kopf- und Gliederschmerzen ja nein
Rhinitis ja nein
passagere Diarrhoe ja nein

weitere Symptome:

Testkriterien:

Akute respiratorische Symptome jeder Schwere und/oder Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn bei ALLEN Patienten unabhängig von Risikofaktoren	<input type="radio"/>	
Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn und jegliche mit COVID-19 vereinbaren Symptome (www.rki.de/covid-19-steckbrief)	<input type="radio"/>	Meldepflichtige Verdachtsfälle
Klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie und Zusammenhang mit einer Häufung von Pneumonien in Pflegeeinrichtung oder Krankenhaus	<input type="radio"/>	Meldepflichtige Verdachtsfälle

Abstrich entnommen ja nein

Wenn Kontakt zu bestätigtem COVID-Fall: wer/wann: _____

Risikofaktoren für einen schweren Verlauf

Alter > 50 Jahre <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Erkrankungen des Atmungssystems <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Adipositas <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Erkrankungen der Nieren <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herz-Kreislauferkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Erkrankungen der Leber <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Krebserkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Immunsuppression <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Prüfkriterien für die Möglichkeit der ambulanten Behandlung

Leichter Erkrankungsgrad gemäß ärztlicher Einzelfallbeurteilung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Keine Risikofaktoren für Komplikationen (z.B. Immunsuppr. relevante chron. Grunderkrankungen, hohes Alter)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Fähigkeit zur selbstständigen Pflege, d.h. keine Pflegebedürftigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Compliance bzgl. der Verhaltensempfehlungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unterbringungsmöglichkeit in gut belüftbarem Einzelzimmer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Möglichkeit der zeitl. oder räumlichen Trennung bei gemeinsam mit anderen Personen genutzten Räumen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Keine Haushaltsangehörigen mit Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf/Komplik. bei Infektion	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Keine Haushaltsangehörigen, die mit der Betreuung von kranken Menschen befasst sind (z.B. med. Personal)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ambulante Betreuung durch behandelnden Arzt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kontakt zum zuständigen Gesundheitsamt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Weiterversorgung: Stationäre Einweisung Ambulante Behandlung kein SARS-CoV-2-Fall

Datum

Unterschrift Arzt