

Urologie	0351 810 1721
Innere Medizin	0351 810 1414
Viszeralchirurgie/Proktologie	0351 810 1414
Traumatologie/Orthopädie	0351 810 1305
Gynäkologie & Geburtshilfe	0351 810 1506
Neurochirurgie	0176 61098276
Orthopädie – Forum Gesundheit	0351 840740



Diakonissen  
Anstalt  
Dresden

**Diakonissen  
Krankenhaus**

## Fragebogen zum Ausschluss des Verdachtes auf COVID-19 bei elektiven Patienten oder Begleitpersonen

### Angaben Patient/Begleitperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

#### Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Begleitperson,

um Patienten und Personal der aktuellen Situation entsprechend vor einer Infektion mit dem Coronavirus zu schützen und einer weiteren Ausbreitung entgegenzuwirken, müssen wir einige Aspekte im Vorfeld Ihrer Untersuchung, Behandlung oder Begleitung abklären.

**Wenn** Sie folgende **Symptome** bei sich feststellen: Husten, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Muskel- und Gliederschmerzen, Hals- oder Kopfschmerzen, **melden** Sie sich bitte **24 Stunden vor dem geplanten Behandlungs-/Untersuchungstermin** unter der **oben genannten Telefonnummer** in der jeweiligen Abteilung. Wir klären dann mit Ihnen gemeinsam das weitere Vorgehen.

Zudem bitten wir Sie, die folgenden **Fragen vor Betreten des Krankenhauses ehrlich und vollständig** zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen mitzubringen.

Nr.	Frage	Ja	Nein
1.	Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden <b>Symptome</b> bei sich bemerkt (Zutreffendes bitte unterstreichen): Husten, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust Geruchs- und/oder Geschmackssinn, Muskel- und Gliederschmerzen, Halsschmerzen oder Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Leben in Ihrem häuslichen <b>Umfeld</b> Personen, die in den letzten 14 Tagen über eines oder mehrere der unter 1. genannten Symptome geklagt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen persönlichen <b>Kontakt</b> zu Personen, bei denen zum Kontaktzeitpunkt oder später eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bzw. die Erkrankung Covid-19 nachgewiesen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Werden Sie <b>pflegerisch</b> stationär <b>betreut</b> (Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen selbst in <b>Quarantäne</b> oder wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine <b>Covid-19 Erkrankung</b> nachgewiesen? ☹ wenn ja: Sollte ein anschließender negativer Befund vorliegen, bringen Sie diesen bitte mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem derzeit als <b>Risikogebiet</b> eingestuften Land, Bundesland, Stadt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Begleitperson \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Stand: 06.10.2020

Bearbeitungsfeld für Mitarbeiter im KH – Behandlung/Untersuchung	
<input type="checkbox"/>	PCR-Test <b>nicht</b> erforderlich → Aufnahme auf Normalstation
<input type="checkbox"/>	PCR-Test <b>erforderlich</b> → <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufnahme auf Isolierstation</li> <li><input type="checkbox"/> Terminverschiebung und Entlassung</li> <li><input type="checkbox"/> Aufnahme auf Normalstation</li> </ul>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegekraft  
(wenn 1.-6. „Nein“)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt  
(ab mind. 1x „ja“ bei 1.-6.)

Bearbeitungsfeld für Mitarbeiter im KH – Begleitperson Geburt	Ja	Nein
Temperatur: _____ °C → erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung in den Kreißsaal möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegekraft  
(wenn 1.-6. „Nein“)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt  
(ab mind. 1x „ja“ bei 1.-6.)