

Patientencheckliste zur Behandlung im LK Amstetten

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Die aktuelle Situation und die wechselseitige Verantwortung erfordert neue Strategien, wie mit einer solchen COVID 19 Virusinfektion umgegangen wird. Zur Sicherheit bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten und diese mit der Unterschrift zu bestätigen. Nur so können wir mit der geplanten Behandlung/Begutachtung sicher fortfahren.

Vor- und Zuname (Blockschrift):

Datum und Uhrzeit:

Art der Behandlung: ambulante Begutachtung im Bereich:

stationäre Behandlung (Fachrichtung):

Wenn möglich: Bitte mindestens 48 Stunden vor dem geplanten Termin, die Temperaturkontrollen durchführen und eintragen:

Tag	Datum	Körpertemperatur Morgen	Körpertemperatur Abend	Anmerkungen
1				
2				
3				

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (zutreffendes ankreuzen)		JA	NEIN
1.	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Tagen</u> eines oder mehrere grippeähnliche Symptome? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Infektbedingte Atemnot <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verlust von Geschmack/Geruchsinn <input type="checkbox"/> metallischer Geschmack		
2.	Hatten Sie <u>in den letzten 14 Tagen</u> direkten Kontakt zu einem Corona Verdachtsfall bzw. positiv getesteten Person?		
3.	Sind Sie bereits COVID 19 positiv getestet bzw. dzt. in Quarantäne?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Körpertemperatur bei Erstkontakt:°C

Handzeichen: