|  |
| --- |
| Einrichtung:\_Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Station:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

|  |
| --- |
| Patientenaufkleber: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Laborbestätigte COVID-19-Erkrankung** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Aktive Erkrankung** |  |
|  |  | Symptome seit | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
|  |  | Durch Test bestätigt [ ]  PCR [ ]  Ag-Test | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
|  |  | Letzter CT-Wert: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| **Abgelaufene Erkrankung bestätigt durch Symptomfreiheit und** |  |
|  |  | Bei mildem Krankheitsverlauf: neg. Ag-Test  | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
|  |  | Bei schwerem Krankheitsverlauf: PCR-Test, welcher nach Einschätzung des behandelnden Arztes keine Ansteckungsfähigkeit mehr vermuten lässt | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| **Möglicher Kontakt zu bestätigtem Fall während des stationären Aufenthaltes**  | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Letzte mögliche Exposition | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Letzter neg. Ag-Test oder neg. PCR-Test  | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| **Verdacht auf eine COVID-19-Infektion**  | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Auf COVID-19 getestet [ ]  PCR [ ]  Ag-Test | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Ergebnis des Tests | [ ]  pos | [ ]  neg |

Weitere Informationen enthält der Arztbrief.

Stempel der Einrichtung: Unterschrift des Arztes/Verantwortlichen: