

Patientenidentifikation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine ambulante Vorstellung, eine tagesklinische Betreuung bzw. eine stationäre Aufnahme am Universitätsklinikum Jena erfolgen. Um das Risiko für eine unerkannte „Corona-Infektion“ und damit der möglichen Ansteckung anderer Patienten und Personal zu minimieren, bitten wir Sie, vorab folgende Fragen zu beantworten. Die Abfrage Ihres Immunstatus dient lediglich dem Aufnahmeverfahren.

Vom Patienten auszufüllen:

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen (nicht dauerhaft im Rahmen einer Vorerkrankung):

Kontakt	Direkten Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person, oder Person, die in häuslicher Quarantäne ist <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Stehen Sie oder eine andere Person in Ihrem Haushalt unter häuslicher Quarantäne? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Symptome	Husten oder Schnupfen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Fieber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einnahme fiebersenkender Medikamente (Paracetamol, Ibuprofen, Novalgin, Aspirin (>100 mg)) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Durchfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Geschmacks- / Geruchsverlust <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Immunstatus	Hatten Sie eine COVID-Infektion? (in den letzten 6 Monaten) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Befunddatum: _____
	Sind Sie vollständig geimpft? (14d nach zweiter Impfung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie negativ getestet? (PCR-Test 72h, Antigen-Schnelltest 24h) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Von Tagesklinik/Ambulanz/Station auszufüllen:

Gesichtet: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

Ambulanzbesuch möglich: ja nein

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Falls nein: SARS-CoV-2 Abstrich erfolgt am: _____ Ergebnis: Positiv negativ

Gesichtet: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

