

COVID-19-Verdachtsabklärung

gemäß RKI¹-Empfehlungen



Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in

Um uns aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch den neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, und die durch diesen verursachte Erkrankungen (COVID-19), einen Überblick über Ihren / den Gesundheitszustand Ihres Kindes machen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Zeigen Sie / zeigt ihr Kind aktuell Erkrankungszeichen wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Muskel- & Gelenkschmerzen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, verstopfte Nase, Durchfall?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Zeigen Sie / zeigt ihr Kind aktuell akute Zeichen einer Beeinträchtigung der Atemwege (jeden Schweregrades)?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Zeigten Sie / zeigte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Erkrankungszeichen wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Muskel- & Gelenkschmerzen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, verstopfte Nase, Durchfall?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie / hatte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall oder einer unmittelbaren Kontaktperson eines COVID-19-Falles?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie / hatte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die sich in den internationalen Risikogebieten² oder den besonders betroffenen Gebieten Deutschlands³ aufgehalten hat oder haben Sie selbst / Ihr Kind sich in den vergangenen 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet² / einem besonders betroffenen Gebiet Deutschlands³ aufgehalten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Sollten Sie eine der voranstehenden Fragen mit „ja“ beantwortet haben sind Sie / ist Ihr Kind als begründeter Verdachtsfall gemäß Empfehlungen des RKI¹ einzustufen! Damit ist eine Diagnostik & ggfs. Therapie durch uns aktuell leider ausgeschlossen und Ihnen der Zugang zur Praxis aus Gründen des Infektionsschutzes untersagt! Bitte nehmen Sie umgehend telefonisch Kontakt mit Ihrem Hausarzt / dem Kinderarzt Ihres Kindes auf, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen. Vermeiden Sie ab sofort Kontakt zu anderen Personen, um diese zu schützen!

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten
-------	---

¹Robert-Koch-Institut

^{2&3} tagesaktuell unter <http://www.rki.de>