



BARMHERZIGE BRÜDER  
Klinikum St. Elisabeth  
Straubing

## Patientenleitkarte Screening Covid 19

Datum \_\_\_\_\_

*Hz. Screeningstelle*

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Fieber oder erhöhte Temperatur  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Atemnot oder Husten jeder Art   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen<br>(z.B. Halskratzen) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Kopf- oder Gliederschmerzen   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Störungen oder Verlust des Geruchs- / Geschmackssinns                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>Kontakt</b> zu einem an COVID-19 erkrankten Patienten                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Vom  
Screening-  
personal  
auszufüllen

Alle Fragen mit „nein“  
beantwortet



**Kein Verdacht auf  
respiratorischen Infekt**



Wenn **1** oder mehr Fragen  
mit „ja“ beantwortet:

**Verdacht auf respiratorischen  
Infekt**  
RS 6250 / 6251