



Umsetzung Stand 11.05.2020

### Checkliste bei Coronaverdacht

Checkliste zur Abklärung eines Infektionsverdachts mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID-19)

Patientendaten/Aufkleber

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die im Folgenden abgefragten Symptome und Risikofaktoren können mit einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus in Verbindung stehen. Mit der Beantwortung helfen Sie uns, eine erste Risikoeinschätzung vorzunehmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus.

### Datenschutz

Bei den hier erhobenen Daten handelt es sich um personenbezogene Daten, deren Verarbeitung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) unterliegt. Für deren Einhaltung sind die jeweiligen Kliniken/Praxen verantwortlich.

### Weitere Informationen

Weitere Informationen zum neuartigen Coronavirus finden Sie online unter folgendem Link: [www.thieme-compliance.de/coronavirus](http://www.thieme-compliance.de/coronavirus).



Abb.: QR-Code mit Link zum Informationsportal von Thieme Compliance über das neuartige Coronavirus

### Wichtige Fragen

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre • Größe: \_\_\_\_\_ cm • Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Symptome

n = nein/j = ja

- 1. Haben Sie **Fieber** (über 38 °C)?  n  j
- 2. Haben Sie **Schüttelfrost**?  n  j
- 3. Haben Sie **Husten**?  n  j
- 4. Sind Sie **kurzatmig** (sind Sie schneller außer Atem als sonst)?  n  j
- 5. Haben Sie einen neu aufgetretenen **Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns** bemerkt?  n  j
- 6. Haben Sie **Schnupfen**?  n  j
- 7. Haben Sie **Halsschmerzen**?  n  j
- 8. Haben Sie **Kopfschmerzen**?  n  j
- 9. Haben Sie **Gliederschmerzen**?  n  j
- 10. Fühlen Sie sich neuerdings **müde** oder **abgeschlagen** (müssen Sie sich bereits nach Alltagsaktivitäten ausruhen)?  n  j
- 11. Leiden Sie unter (vorübergehender) **Übelkeit/ Erbrechen**?  n  j
- 12. Haben Sie (vorübergehenden) **Durchfall**?  n  j
- 13. Haben Sie **Bauchschmerzen**?  n  j
- 14. Haben Sie eine **Bindehautentzündung/gerötete oder juckende Augen**?  n  j
- 15. Wann haben Sie das erste Symptom bemerkt? \_\_\_\_\_

**Persönliche Risikofaktoren**

- 1. Sind Sie **älter als 50 Jahre**?  n  j
- 2. **Rauchen** Sie?  n  j
- 3. Haben Sie **starkes Übergewicht**?  n  j
- 4. Besteht bei Ihnen eine **Herzerkrankung** (z.B. Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt in der Vorgeschichte)?  n  j
- 5. Besteht bei Ihnen eine **Lungenerkrankung** (z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)?  n  j
- 6. Besteht bei Ihnen eine **chronische Lebererkrankung**?  n  j
- 7. Besteht bei Ihnen eine **Zuckererkrankung** (Diabetes mellitus)?  n  j
- 8. Besteht bei Ihnen eine **Krebserkrankung**?  n  j
- 9. Haben Sie ein **geschwächtes Immunsystem** (z.B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht, oder durch die Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen wie z.B. Cortison)?  n  j

---

---

---

---

---

---

---

---

Testung auf COVID-19 erforderlich:

- ja
- nein

**Kontakte, Diagnosen und Impfungen**

- 1. Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt **verordneten Quarantäne**?  n  j
- 2. Hatten Sie **wissentlich Kontakt** zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde (ca. 15 Minuten face to face/direktes Gespräch)?  n  j  
 Wenn ja, fand der Kontakt innerhalb der letzten 14 Tage statt?  n  j
- 3. Gibt es zu den oben genannten Krankheitsanzeichen eine bereits von medizinischem Personal bestätigte andere Diagnose als das Coronavirus?  n  j
- 4. Sind Sie beruflich oder ehrenamtlich im Krankenhaus, in einer Arztpraxis oder in der Altenpflege tätig?  n  j
- 5. Hatten Sie als Patient in den vergangenen 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Krankenhaus (stationär/ambulant), in einer Rehabilitationseinrichtung oder einem Pflegeheim (z.B. auch zur Kurzzeitpflege)?  n  j
- 6. Haben Sie sich in der Saison 2019/2020 gegen Influenza („echte Grippe“) impfen lassen?  n  j
- 7. Haben Sie schon einmal eine Pneumokokkenimpfung bekommen?  n  j
- 8. Wurden Sie bereits auf das Coronavirus getestet?  n  j  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Erklärung der Patientin/des Patienten**

Den Fragebogen habe ich vollständig durchgelesen und die Fragen sorgfältig beantwortet.

---

Ort, Datum, Uhrzeit

---

Patientin/Patient

---

Ärztin/Arzt

**Arztanmerkungen**

Evtl. ergänzende Fragen der Ärztin/des Arztes bzw. Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

MUSTER  
Dieser Musterbogen darf nicht für die Patientenaufklärung verwendet werden