

Erfassungsbogen COVID 19

bearbeitet durch:

Datum:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. am:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>		PLZ/ Wohnort:	<input type="text"/>	
Tel. mobil:	<input type="text"/>	Tel. Festnetz.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Beruf/Tätigkeit:	Einsatzort (Station, Abteilung, Betriebsstätte): <input type="text"/>				

Arbeitgeber: Katholisches Klinikum Bochum, Gudrunstr.56, 44791 Bochum ja nein

COVID 19: negativ positiv Nachweis Mutation: Z. n. COVID Erstdiagnosedatum:

COVID 19 geimpft? ja nein 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: Impfstoff:

Reiserückkehrer: Ja Nein Land: Aufenthaltsdauer:

Kontakt zu nachweislich positiv getesteter Person? ja nein
Name Indexpatient:

Kontakt zu noch nicht bestätigtem Verdachtsfall (symptomatisch)? ja nein

Wann / Zeitraum(Kontakttag/-zeitraum zu Indexpatient)?	<input type="text"/>
Kontaktzeit?	<input type="checkbox"/> > 10 Min. <input type="checkbox"/> <10 Min. hohe Aerosolkonzentration: <input type="checkbox"/>
Kontaktabstand?	<input type="checkbox"/> > 1,5 m <input type="checkbox"/> <1,5 m
Kontaktumstände/ Tätigkeit / Anamnese bei COVID 19 pos./ Kontakt zu Sekreten	<input type="text"/>

Symptome/ Krankheitszeichen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann?
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kopf-/Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Durchfall/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schnupfen/Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Geschmacks-/Geruchsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Schutzmaßnahmen bei stattgehabtem Kontakt? Welche Schutzausrüstung?	Mitarbeiter*in:	Patientin/ Kontaktperson:
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Mitarbeiter*in:	Patientin/ Kontaktperson:
	<input type="checkbox"/> MNS	<input type="checkbox"/> MNS
	<input type="checkbox"/> FFP2	<input type="checkbox"/> FFP2
	<input type="checkbox"/> Schutzbrille / Visier	<input type="checkbox"/> Schutzbrille
	<input type="checkbox"/> Kittel	<input type="checkbox"/> Kittel
	<input type="checkbox"/> Handschuhe	<input type="checkbox"/> Handschuhe

Einstufung:	
<input type="checkbox"/> enger häuslicher Kontakt	
<input type="checkbox"/> enger beruflicher Kontakt mit Quarantäne ohne Quarantäne	
<input type="checkbox"/> kein relevanter Kontakt	
<input type="checkbox"/> SARS-COV 2 positiv	

Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Isolation:	Zeitraum von: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Quarantäne:	Zeitraum von: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Abstrichtermin/e:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>	

Folgende Kontaktpersonen müssen nicht in Quarantäne:

Geboosterte, "frisch"***doppelt Geimpfte, geimpfte Genesene und "frisch"*** Genesene.
*** Wenn die Erkrankung/ Impfung weniger als 3Monate zurückliegt.