

Checkliste für Telefonanruf vor Antritt des Heilverfahrens

Datum: _____

Name Anruferin/Anrufer: _____

Funktion: _____

Patientenname: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Antritt des Heilverfahrens am: _____

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie in den letzten 2 Wochen die COVID-19 Hotline1450 angerufen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, warum? | | |
| Besteht derzeit bei Ihnen, oder einem in Ihrem Haushalt lebenden Angehörigen eine Quarantäne? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebt ein auf CORONA Virus positiv getesteter Angehöriger bei Ihnen im Haushalt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebt ein Angehöriger mit Absonderungsbescheid als Kontaktperson 1 oder 2 bei Ihnen im Haushalt? ¹⁾ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hatten Sie eine durchgemachte COVID-19 Infektionen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie derzeit Fieber? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie derzeit Husten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie derzeit Halsschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie bisher nicht bekannte Atembeschwerden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie Störungen des Geruchs - und Geschmackssinns? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn eine der oben genannten Fragen mit ja beantwortet wurde, ist das Gespräch an eine(n) diensthabenden Arzt/Ärztin weiterzuleiten.

Wurde das Gespräch an eine(n) diensthabende(n) Arzt/Ärztin weitergeleitet?

Wenn ja, warum?

Name des Arztes/der Ärztin der/die das Gespräch übernommen haben:

Ergebnis des Arztgespräches:

Unterschrift Anruferin / Anrufer

VORLAGE
Freigabe vom: 11.05.2020, Version 1
Erstellt von: Hotel-Reception