

Symptom- und Fieberprotokoll vor geplanten ambulanten/stationären Aufenthalten im KSK

Name: _____	Aufnahmedatum: _____
geb. am: _____	Geplante OP am: _____

(oder Patientenetikett)

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:

ja nein

- **einen akuten Atemwegsinfekt** (mit oder ohne Fieber) mit ja nein
- Husten ja nein
- Halsschmerzen ja nein
- Kurzatmigkeit ja nein
- Katarrh der oberen Luftwege ja nein
- Plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes ja nein
- Kontakt zu einem bestätigten Covid-19 Fall in den letzten 14 Tagen ja nein

In den **drei Tagen** vor der geplanten Aufnahme muss morgens und abends eine Fiebermessung erfolgen.

Bitte tragen Sie die Werte in die Tabelle ein:

Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends

Diese Informationen sind erforderlich, um abschätzen zu können, unter welchen Hygienemaßnahmen Ihre ambulante/stationäre Aufnahme erfolgen kann. Sie dienen auch zu Ihrem eigenen Schutz, zum Schutz der Mitpatienten sowie des medizinischen Personals.

Bringen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular zu Ihrer ambulanten/stationären Aufnahme unbedingt mit, da sonst die geplante Operation oder Behandlung zum vereinbarten Termin unter Umständen **nicht** durchgeführt werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie das Symptom- und Fieberprotokoll wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____