

Datum:	Uhrzeit:	Mitarbeiter:	Abteilung:	
Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgetreu zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.		Name, Vorname, Geburtsdatum: Patientenetikett:		
			Ja	Nein
1A	Sind Sie vollständig gegen COVID-19 (mind. 15 Tage nach Zweitimpfung) mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff geimpft und verfügen Sie über ein Dokument aus dem die Impfung ersichtlich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1B	Liegt ein Nachweis einer stattgehabten SARS-CoV-2-Infektion mit Testnachweis mittels PCR-Verfahren vor? (Infektion mindestens 28 Tage bis höchstens 6 Monate zurückliegend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1C	Liegt ein Nachweis einer stattgehabten SARS-CoV-2-Infektion mit Testnachweis mittels PCR-Verfahren und zusätzlich eine einmalige Impfung mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Leiden Sie aktuell unter Erkältungssymptomen, Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Fieber, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Leiden Sie an einer akuten Durchfallerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Sind Familienmitglieder, die mit Ihnen im gleichen Haushalt leben, innerhalb der letzten 14 Tage Corona-positiv getestet worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Kliniken mit Ausbruchsgeschehen? (z. B. Therapie, Besuch, ambulanter Eingriff oder Diagnostik, stationäre Behandlung, u. s. w.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kriterium 1A / 1B / 1C:	OP / Eingriff / Untersuchung / ambulanter Termin möglich mit entsprechendem Impfnachweis bzw. Testung gemäß COVID-Brief Nr. 23 (S. 7 – 9)
Kriterium 2 und/oder 3 und/oder 4 zutreffend:	Wenn medizinisch vertretbar, OP / Eingriff / Untersuchung / ambulanten Termin verschieben, erneute Kontaktaufnahme nach einer Woche
Kriterium 5 zutreffend:	Termin verschieben bis nach Beendigung der 14-tägigen Kontaktzeit; wenn nicht möglich, ärztliche Rücksprache mit Zielabteilung dringend erforderlich, ggf. COVID- Testung veranlassen.

Nach Ausfüllen der Checkliste ist eine umgehende Weiterleitung an das elektive Behandlungszentrum (EBZ) erforderlich!!!

Datum, Unterschrift Arzt	Datum, Unterschrift Patient