**Teil I durch Mitarbeiter/in auszufüllen und an die/den Vorgesetzte/n mailen:**

Indexpatient/in, Indexstation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name, Vorname Mitarbeiter/in:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel. Privat: \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb. Datum** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel. Arbeit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Private Anschrift** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Berufliche Bezeichnung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorgesetzter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letzter Einsatz im Krankenhaus (Datum, Uhrzeit):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Seit** |  | **Ja** | **Nein** | **Bemerkungen** |
| Besteht Arbeitsunfähigkeit? |  |  |  | MNS? |  |  |  |
| FFP2? |  |  |  |
| Fieber? |  |  |  | Visier/ Schutzbrille? |  |  |  |
| Husten? |  |  |  | Schutzkittel? |  |  |  |
| Schnupfen? |  |  |  | Handschuhe? |  |  |  |
| Kurzatmigkeit? |  |  |  | Aerosolkontakt? |  |  |  |
| Gliederschmerzen? |  |  |  | Tätigkeit? (Pflege, Transport etc…) |  |  |  |
| Halsschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |
| Kopfschmerzen? |  |  |  |  |  |  | Wie lang, kumulativ? |
| Durchfall? |  |  |  | Kontakt<1,5m? |  |  |  |
| Geschmacks-/Geruchsstörungen? |  |  |  | Sprechkontakt? |  |  |  |

**Formular ausgefüllt durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum/Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teil II durch den Vorgesetzten auszufüllen~~:~~**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontakt Kategorie** | **I** | **Ia** | **Ib** | **II** | **III** | **Wann (Datum)** | **Bemerkung** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kein Kontakt | | | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empfohlenes Vorgehen:** |  | |  |
| Strenge Hygieneauflagen wie durchgehend getragener MNS, kein Essen in der Kantine, strenge Händehygiene, Kontaktreduktion, FFP2 ohne Ausatemventil am Patienten (siehe VA). |  |  | |
| Tagebuch führen von …………………..bis ……………………. |  |  | |
| Bei Symptomen Betretungsverbot mit Meldung beim SD Gesundheit, dem Coronabüro mit Abstrich |  |  | |
| Systemrelevanter Mitarbeiter und/oder Personalmangel (siehe beiliegende Bescheinigung) |  |  | |
| Häusliche Absonderung/ Quarantäne durch SD Gesundheit bis: |  |  | |
| Voraussichtliche Rückkehr an den Arbeitsplatz unter Auflagen möglich, ab |  |  | |
|  |  |  | |

**Teil III durch Coronabüro auszufüllen:** □ BG □ SL

|  |  |
| --- | --- |
| Abstrich (Datum, Uhrzeit): | am: um: |
| Ergebnis | □ positiv □ negativ |
| Telefonisch durchgegeben: | □ ja (Datum/Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ nein Grund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bemerkungen: