

Fragebogen zur Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung im Rahmen des Corona-Hygienemanagements

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
verehrte Damen und Herren,

aufgrund der derzeitig erhöhten Infektionsrisiken mit dem Sars-Covid-19-Virus bin ich auch als Betreiber einer Privat-Praxis, zumal sich diese in einer Rehabilitationsklinik befindet, zur bestmöglichen Verhinderung einer Weiterverbreitung von Infektionen verpflichtet. Zum Hygienemanagement der Praxis gehört auch, dass ich Infektionsrisiken frühzeitig abschätzen muss.

Daher möchten ich Sie **vor Beginn Ihrer Behandlungsmaßnahme** bitten, diesen Fragebogen gewissenhaft zu beantworten und wie folgt vorzugehen, um eine reibungslose Behandlung zu gewährleisten:

- Sollten Sie die **Frage 1 UND EINE der Fragen 2-5** mit **JA** beantworten, erfolgt eine kurze Beurteilung durch mich zum Infektionsrisiko vor der Behandlung und dem Betreten meiner Praxisräume.
- Ich werde Sie in diesem Fall dann nicht behandeln können und gebe Ihnen aber Informationen zur weiteren Vorgehensweise (telefonische Information an den Hausarzt / die Hausärztin, Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Gesundheitsamt etc.)
- Wird **KEINE oder nur Frage 1** mit **JA** beantwortet, besteht kein erhöhtes Risiko und wir können wie geplant den vereinbarten Termin realisieren und die Behandlungen in meiner Privat-Praxis durchführen.

Hinweise für den Aufenthalt in der Praxis für Orthopädie und Sportmedizin Dr. Kupatz bzw. die Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“ Bad Doberan:

Es gibt keinen Grund zu Hysterie und Besorgnis! Die Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“ Bad Doberan verfügt seit Jahren über Erfahrungen im Umgang mit Infektionen (z.B. MRSA, Influenza etc.), besitzt eine ständig aktualisierte und zertifizierte Hygienekonzeption mit regelmäßigen Kontrollen zu ihrer Umsetzung und Einhaltung entsprechend den aktuellen gesetzlichen Vorgaben. Die Praxis für Orthopädie und Sportmedizin Dr. Kupatz ist in dieses Hygienemanagement eingebunden. Bitte benutzen Sie nach dem Toilettengang und dem Händewaschen auch noch die dort und im Foyer vorhandenen Möglichkeiten zur Händedesinfektion und beachten die Hinweise in den „Regelungen und Empfehlungen zum Hygienemanagement“ meiner Praxis.

Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

- | | | | | |
|--|------|--------------------------|----|--------------------------|
| 1 x-lige Corona-Impfung | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| 2 x-lige Corona-Impfung (Datum:) | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Booster-Impfung (Datum:.....) | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Genesen | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Ungeimpft | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome eines Infektes:

- | | | | | |
|----------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|
| Husten | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Fieber | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| infektbedingte Atemnot | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Glieder- und Kopfschmerzen | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, bei denen das neuartige Coronavirus (per Test) nachgewiesen wurde?

Nein Ja

3. Wissen Sie, ob in Ihrer Wohnort- oder Arbeitsnähe Fälle von Erkrankungen am Coronavirus aufgetreten sind?

Weiß ich nicht Ja

4. Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland in einem Land, das zu den COVID-19-Risikogebieten gehört (sh. unter www.rki.de Risikogebiete COVID-19)?

Nein Ja

Und wenn ja, in welchem Land/Ländern waren Sie?

.....

5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die zuvor im Ausland waren (sh. unter www.rki.de Risikogebiete COVID-19)?

Nein Ja

Und wenn ja, aus welchem Land/Ländern kamen die Personen?

.....

Datum: Unterschrift:

Nur von Dr. med. Peter Kupatz auszufüllen!

Datum: Unterschrift:
