

CORONA (COVID19) FRAGEBOGEN INFORMATION UND AUFKLÄRUNG COVID19

Durnig Aesthetics 

UNIV. MED. DR. PETER DURNIG
FACHARTZ FÜR PLASTISCHE, ÄSTHETISCHE UND REKONSTRUKTIVE CHIRURGIE

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir möchten die medizinische Versorgung in dieser, für alle sehr schwierigen Zeit, sicherstellen und im Rahmen der COVID-19 Pandemie bestimmte Schutzmaßnahmen, im Sinne des Arbeitnehmerschutzes, als auch zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten, sicherstellen. Um das Risiko abzuwägen, dass Sie von einer Corona-Virus-Infektion betroffen sind, bitten wir Sie den umseitigen Fragebogen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte füllen Sie den Fragebogen zuhause aus, und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin mit.

Wir sind selbstverständlich bemüht, ein Infektionsrisiko auf ein Minimum zu beschränken. Trotz Einhaltung aller Maßnahmen zur Reduktion eines Infektionsrisikos mit dem Corona-Virus, kann eine Übertragung und Erkrankung aber nie 100% ausgeschlossen werden.

Informationen und Aufklärung bzgl. geplanter Behandlung bzw. Operation:

Mir ist bewusst, dass eine Infektion mit dem Corona-Virus, und eine damit verbundene Erkrankung, im Rahmen eines Ordinationsbesuches bzw. im Rahmen einer Operation, nie 100% ausgeschlossen werden kann. Die **möglichen Folgen** der Erkrankung bis hin zum Tod sind mir als Patient **bekannt und bewusst**.

Zur weiteren Minimierung des Risikos bitten wir Sie, folgende Maßnahmen zu beachten:

- Halten Sie ihren **Termin bitte genau ein**. Kommen Sie nicht zu früh - wir versuchen großzügig zu planen, sodass sich möglichst wenig Personen gleichzeitig in einem Raum befinden. Sollte der Wartebereich sehr voll sein, bitten wir Sie, noch ein paar Minuten vor der Ordination (am besten im Freien) zu warten
- **Desinfizieren Sie Ihre Hände** vor Eintritt in die Ordination, mit dem dort für Sie aufgestellten **Medigel** (1-2 Hub 1 Minute lang gut in den Händen verteilen)
- Bringen Sie bitte Ihre **Schutzmaske** zu Ihrem Termin mit, und Tragen Sie diese Schutzmaske ab Eintritt in die Ordination
- Bringen Sie Ihre bereits **vorausgefüllten Unterlagen** mit
- Bringen Sie Ihren eigenen **Kugelschreiber** mit
- Bringen Sie bei Bedarf eine der Tagestemperatur angepasste **Jacke** mit – wir versuchen viel zu lüften, um dadurch eine evtl. Virus-/Keim-Last zu reduzieren
- nach einer Operation ist angemessene Schonung zu Hause generell sinnvoll. In Zeiten von Corona sollten Sie die ersten 2 Wochen nach der Operation auswärtige **soziale Kontakte möglichst vermeiden**, um sich nicht einem unnötigen Infektionsrisiko auszusetzen. In den ersten Tagen nach einer Operation ist der Körper mit der Wundheilung beschäftigt, infolgedessen leichter für Viren angreifbar.

Die Informationen zu Risiken bzgl. Corona-Virus **im Zusammenhang mit einer geplanten Behandlung/Operation habe ich gelesen und vollinhaltlich verstanden**.

Patientenname:

Geburtsdatum

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Bitte füllen Sie auch folgende Informationen zu ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig aus (zutreffendes bitte **ankreuzen**). - Dies soll zur Sicherheit Ihrer Behandlung beitragen.

Sollten eindeutige **Hinweise auf eine mögliche Corona-Infektion** vorliegen, bitten wir Sie zuhause zu bleiben und **NICHT** in unsere Ordination zu kommen – Besprechen Sie Ihre Symptome mit Ihrem Hausarzt! - Vielen Dank!

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Husten ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Halsschmerzen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kurzatmigkeit oder ein Druckgefühl beim Atmen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten Tagen Geschmacksveränderungen wahrgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf SARS-Cov-2 getestet worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engeren Kontakt mit einer Person, die mit dem Coronavirus (COVID-19, SARA-CoV-2) möglicherweise oder sicher (Test positiv) infiziert war bzw. noch ist ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Corona Risiko/Hochrisikogebiet ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befinden bzw. befanden Sie sich in den letzten Tagen in Quarantäne oder angeordneter „Selbstbeobachtung“ (mit oder OHNE behördlichen Bescheid)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ich hatte Corona und bin davon genesen mit Genesungsbescheid vom:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ich bin negativ auf Corona getestet worden – wann und wo zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ich wurde bereits gegen Corona geimpft : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x		
Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besondere persönliche Risikofaktoren in bezug auf eine mögliche Corona-Infektion zur Risiko-Abschätzung:

Lebensalter über 65 Jahre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorerkrankung Herz oder Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(chronische) Atemwegs- bzw. Lungenerkrankungen inkl. COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ort:

Datum:

Unterschrift: