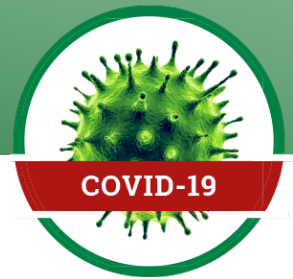


# Ihre Anfrage zur Gastdialyse in unserem KfH-Zentrum

Stand: 2. Juni 2021



Liebe Patientinnen,  
liebe Patienten,

nachfolgend erhalten Sie eine Checkliste zur Abklärung von infektionsrelevanten Daten, um Ihnen und unseren Patienten und Mitarbeitern eine größtmögliche Sicherheit zu geben. Wir bitten Sie, dieses Formular gemeinsam mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin eine Woche vor Ihrer geplanten Gastdialyse auszufüllen und von Ihnen beiden unterschrieben zuzusenden.

Per Fax an: \_\_\_\_\_

Name:
Geburtsdatum:
Geplante Gastdialyse: von _____ bis _____
Heimatzentrum:
Telefonnummer:
Ansprechpartner:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
<b>Sind Sie gegen COVID-19 geimpft worden, so dass Sie den vollen Impfschutz haben?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:</b>		
Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starken Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie selbst in den letzten Wochen der Pandemie eine COVID-19-Erkrankung durchgemacht? Wenn ja, wann: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in den letzten 14 Tagen auf SARS-CoV-2 positiv getestete Personen in Ihrem Umfeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in den letzten 14 Tagen auf SARS-CoV-2 positiv getestete Patienten oder Mitarbeiter in Ihrer Heimdialyse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in Ihrem näheren oder unmittelbaren Umfeld Reihenuntersuchungen oder Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen/ Gemeinschaftsunterkünften?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corona-Abstrich aktuell durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCR-Test?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>