Dokumentationshilfe SARS-CoV-2-Infektionen für Alten- und Pflegeheime und stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Betreute Wohngruppen)

(Kann dem üblichen Verlegungsbericht beigefügt werden)

Dokumentation bei Verdacht

Bewohnerdaten

Nachname / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einrichtung / Wohnbereich: _____

Verdachtsgrund:

- ☐ COVID-19-Symptomatik (siehe RKI Richtlinie)
- ☐ KP1
- ☐ Risikogebiet

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Abstrich auf Sars-Cov-2

Datum: _____

Kontaktdaten Labor: _____

Ergebnis: positiv ☐ negativ ☐ ausstehend ☐

Informationen zur Verlegung in Pandemiezone, Krankenhaus oder weitere Einrichtung

Kontaktdaten des Pandemiebeauftragten

Name: _____

Funktion: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Isolierung

Einzelisolierung: ☐

Beginn (Datum): _____

Kohortenisolierung: ☐

Beginn (Datum): _____

Kognitive Besonderheiten

- ☐ Geistige / psychische Beeinträchtigung (z.B. Demenz / Verwirrtheit / Geistige Behinderung)
- ☐ Herumlaufen des Bewohners zu erwarten
- ☐ Bewohner nicht kooperativ
- ☐ Bewohner zeigt herausforderndes Verhalten

Behandelnder Arzt:

Name: _____

Telefonnummer / Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

Symptombeginn:

Datum: _____

Symptombeschreibung: (z.B. Fieber, Husten etc.)
→ ggf. bitte auch Rückseite verwenden

_____

_____

_____

_____

Weiterführende Informationen

1. Bezugsperson / Betreuer

Name: _____

Bezeichnung: (z.B. Tochter, gesetzlicher Betreuer; Aufgabenkreise etc.) _____

Telefonnummer: _____

Patientenwille**

(** weiteres Vorgehen stets unter Berücksichtigung des Patientenwillen!)

Patientenverfügung vorliegend?	Ja ☐	Nein ☐	(falls Ja, bitte beifügen)
Reanimation eingewilligt?	Ja ☐	Nein ☐	
Invasive Beatmung eingewilligt?	Ja ☐	Nein ☐	
Vorsorge-/ Betreuungsvollmacht vorliegend?	Ja ☐	Nein ☐	

falls Ja, Name / Aufgabenkreis Bevollmächtigte / r: _____

Datum des / der Dokument(e): _____

Datum / Unterschrift Pflegekraft: _____

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege