

Einschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbeginns

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____
Untersucher: _____ Untersuchungsdatum: __/__/____

1) Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden? Welche Beschwerden liegen insgesamt vor?

1. _____, 2. _____, 3. _____,

Weitere Beschwerden: _____

2) Wie lange bestehen die Beschwerden schon?

seit der SARS-CoV-2-Infektion am: __. __. ____ seit __ Tagen/Wochen/Monaten

3) Besteht eine Symptomverschlechterung nach milden Alltagsbelastungen, die noch am Folgetag anhält? nein ja unbekannt

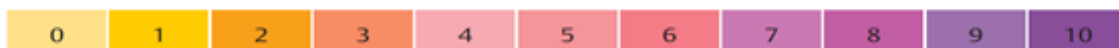
4) Wie viele Fehltage in einer Betreuungseinrichtung (Kindertagesstätte/Kindergarten/Schule o.a.) sind in den letzten 4 Wochen durch die oben beschriebenen Beschwerden entstanden.

keine __ Tage es wird keine Einrichtung besucht

5) Wie viele Fehltage am Arbeitsplatz sind den Eltern in den letzten 4 Wochen durch die oben beschriebenen Beschwerden ihres Kindes entstanden.

keine Vater: __ Tage Mutter: __ Tage alleinerziehend unbekannt

6) Wie stark beeinträchtigen die aktuellen Symptome die Alltagsfunktionen?



gar nicht

mittelgradig

sehr stark

7) Gab es im Rahmen von COVID-19 bisher Krankenhausaufenthalte:

nein ja, wenn ja wie viele: __ Aufenthalte, davon auf der Intensivstation: __

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen akuter COVID-19: ja nein

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen Diagnose eines PIMS: ja nein

8) Sind Vorerkrankungen bekannt?

nein ja, welche: _____
