

DNr.: 101614 Version: 1-0-0 Gültig bis: 05.05.2023 Gültig ab: 06.05.2020

Erstellt: Geprüft: Freigegeben: PT Elisabeth Gmainer PT Stephanie Rößler Dr. Sebastian Edtinger

Formular

Patientenprotokoll ambulanter Termin PMR- Physikalische Medizin im KSK

Symptomprotokon vor geplantem ambulante	en Termin Kardinai Schwarzenberg Kilnikum:
D 1: 1	4 A I I . T .

Patientenname: 1. Ambu		nter Termin:	
	Verantwortlicher Therapeut:		
	Fallzahl:		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:		ja	nein
• einen akuten Atemwegsinfekt (mit oder oh	nne Fieber) mit		
 Husten 			
 Halsschmerzen 			
 Kurzatmigkeit 			
 Katarrh der oberen Luftwege 			
 Plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchs 	ssinnes		
 Kontakt zu einem bestätigten Covid Fall in de 	en letzten 14 Tagen		
An den drei Tagen vor dem geplanten ambulanten 1	ermin muss morgens u	nd abend	ls eine Fiebermessung

erfolgen.

Bitte tragen Sie die Werte in die Tabelle unten ein.

Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends

Diese Informationen sind erforderlich, um abschätzen zu können, ob und unter welchen Hygienemaßnahmen Ihre ambulante Betreuung erfolgen kann. Sie dienen auch zu Ihrem eigenen Schutz, zum Schutz der Mitpatienten sowie des medizinischen Personals.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie das Symptomprotokoll und die Fiebertabelle wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Datum:	Unterschrift:

Bitte berücksichtigen Sie die aktuellen Hinweise auf unserer Internetseite: www.ks-klinikum.at Achtung: Spezielle Zutritts- und Zufahrtsregelung

Dieser Ausdruck ist eine **unkontrollierte Kopie**. Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version im Curator übereinstimmt.



DNr.: 101614

Version: 1-0-0

Gültig bis: 05.05.2023

Gültig ab: 06.05.2020

Erstellt: Geprüft: Freigegeben: PT Elisabeth Gmainer PT Stephanie Rößler Dr. Sebastian Edtinger

Formular

Patientenprotokoll ambulanter Termin PMR- Physikalische Medizin im KSK

Symptomprotokoll für weitere ambulante Termine

An den **drei Tagen** vor dem geplanten ambulanten Termin muss morgens und abends eine Fiebermessung erfolgen.

	Geplanter amb. Termin	Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends		
	eitere Symptomabfrage (si Is Nein folgende Veränder	_	samt unverändert:	□ ja □ nein		
	Falls Nein folgende Veränderung: Unterschrift:					
	Geplanter amb. Termin	Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends		
We	eitere Symptomabfrage (si	ehe Seite 1): insaes	samt unverändert:	☐ ja ☐ nein		
	ls Nein folgende Veränder		ant anterangera			
			Untersc	hrift:		
	Geplanter amb. Termin	Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends		
Weitere Symptomabfrage (siehe Seite 1): insgesamt unverändert: \Box ja \Box nein						
Falls Nein folgende Veränderung: Unterschrift:						

Bitte berücksichtigen Sie die aktuellen Hinweise auf unserer Internetseite: www.ks-klinikum.at Achtung: Spezielle Zutritts- und Zufahrtsregelung

Dieser Ausdruck ist eine **unkontrollierte Kopi**e. Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version im Curator übereinstimmt.