



DOKUMENTATION AMBULANTES MANAGEMENT VIRUSINFEKTION

Patient/in: Datum:

Patienten-ID: Tel-Nr. für Rückruf:

Medizinische Merkmale Patient/in

Red Flag	Veranlasste Versorgung		
	Vorhanden?	Maßnahme	Datum
Hypertonie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Herzschwäche, O ₂ -Sättigung < 93 %	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Asthma, O ₂ -Sättigung < 93 %	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
COPD, O ₂ -Sättigung < 93 %	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Puls > 99 / Min. RR < 100 mmHg	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Atemfrequenz > 25 / Min.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Fieber (rektal) > 38,3 °C seit ___ Tagen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

Weitere Risikofaktoren für einen schweren Verlauf

Risikofaktor	Vorhanden?	
Alter > 65 Jahre	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Immunsuppression (.....)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Krebserkrankung	<input type="radio"/> Ja Therapie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche?	<input type="radio"/> Nein
Covid-19 Testung am	<input type="radio"/> Positiv, am	<input type="radio"/> Negativ, am

Umfeld Patient/in

Alter Jahre
Wohnsituation	<input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Partner/in <input type="radio"/> Verwandte für Hilfe verfügbar <input type="radio"/> Heim
Pflege	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Pflegegrad
	<input type="radio"/> Pflegekraft im Haushalt <input type="radio"/> Ambulante Pflege (..... Std/Woche) <input type="radio"/> Stationäre Pflege
Barthel-Index Punkte, am
Erwartung an Therapieadhärenz / ausreichende ambulante Versorgung	
Patientenwunsch	