

Dokumentationsvorlage COVID-19-PatientInnen im Pflegeheim Rhein-Neckar-Kreis – Anlage zu den medizinischen Hinweisen

Name								
Symptombeginn				Positiver Test auf SARS-CoV-2				
Datum	Allgemeinzustand	Bewusstsein	Orientierung	Halsschmerzen	Schnupfen	Husten	Luftnot	Sonstige Symptome

Ausfüllanleitung

Allgemeinzustand gut – leicht reduziert – stark reduziert	Bewusstsein wach, schläfrig, komatös	Orientierung ja, nein, „anders als sonst“	Halsschmerzen Nein – leicht – mittel - schwer
Schnupfen Ja - nein	Luftnot Nein – leicht – mittel - schwer	Sonstige Symptome Ggf. eintragen	

Name							
Datum	Nahrungsaufnahme	Ausscheidung Urin	Temperatur	Blutdruck	Herzfrequenz	Atemfrequenz	SPO2