

CHECKLISTE HYGIENEINWEISUNG UND SYMPTOME

Checkliste für die Studierende/Schüler*in

Name: _____

Hebammenschule/Hochschule: _____

Beginn/Ende des Einsatzes: _____

1. Bestätigung Hygieneinweisung

Erklärung:

Ich wurde durch die Hebamme _____
am _____ in die Hygienemaßnahmen und den Rahmenhygieneplan der Praxis/HgE
vor allem zum Schutz gegen die Coronavirus-Pandemie eingewiesen. Die dazugehörigen Dokumente
wurden mir ausgehändigt. Mir ist bewusst, dass ich bei jedweder Änderungen bei den unten
aufgeführten Symptomen, insbesondere dem Auftreten von Symptomen oder einem Kontakt mit einer
infizierten Person oder einem Verdachtsfall, nicht beim Einsatz erscheine, sondern die Hebamme über
die aufgetretenen Symptome oder den Verdacht informiere.

Ort, Datum

Unterschrift der Studierenden/Schüler*in

2. Eingangs-Check Symptome

Zu Beginn des Einsatzes durch die Studierende/Schüler*in auszufüllen. Die Fragen beziehen sich auf akut auftretende oder verstärkende Symptome und schließt chronische Beschwerden und saisonale bzw. allergische Beschwerden aus.

Nr.	Symptome	Ja	Nein
1.	Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber (über 38°C)?		
2.	Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Fieber (über 38°C)?		
3.	Haben Sie Schüttelfrost?		
4.	Haben Sie Kopf- oder Gliederschmerzen?		
5.	Haben Sie einen neu aufgetretenen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?		
6.	Haben Sie Husten?		
7.	Haben Sie Schnupfen?		
8.	Sind Sie kurzatmig? Kommen Sie neuerdings bei Alltagstätigkeiten leicht außer Atem?		
9.	Fühlen Sie sich neuerdings müde oder abgeschlagen? Müssen Sie sich bereits nach Alltagstätigkeiten ausruhen?		
10.	Haben Sie (vorübergehenden) Durchfall?		
11.	Haben Sie Halsschmerzen?		
12.	Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne, da Sie Kontakt zu einer Person hatten, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?		
13.	Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde (ca. 15 min. face to face)?		
14.	Haben Sie einen Test auf eine Covid-19-Infektion durchführen lassen? Wenn ja, wann? _____		
15.	Wenn Sie die Frage 14 mit Ja beantwortet haben, wie war das Testergebnis? <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ:		

Ort, Datum

Unterschrift der Studierenden/Schüler*in