ASKLEPIOS
Klinik Sankt Augustin

Vorbereitung zur geplanten stationären Aufnahme in der Kinderklinik Sankt Augustin

Sehr geehrte Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,

es ist eine stationäre Aufnahme in der Kinderklinik vorgesehen und unsere aller Ziel ist, diese möglichst sicher und erfolgreich zu gestalten. Wir bitten alle unsere Patienten und ihre Eltern darum, sich am gegenseitigen Schutz zu beteiligen.

Bitte halten Sie sich an die folgenden Regeln:

- Stabile Patienten sollen die Anzahl persönlicher Arztkontakte und Praxisbesuche 8 Tage vor der geplanten stationären Aufnahme in der Kinderklinik reduzieren und ihre aktuellen Medikamente beibehalten.
- Patient/Patienten und ggf. zur Mitaufnahme vorgesehene Begleitperson und alle im Haushalt lebenden Personen sollen für 8 Tage vor geplanter Aufnahme jeweils ein Tagebuch führen (siehe Rückseite).
- Bei Auftreten von Fieber (Temperatur > 38°C) oder Zeichen eines Atemwegsinfektes (Husten, Schnupfen, Luftnot, Halsschmerzen) soll ein Coronavirus Abstrich erfolgen.
- Patient und geplante Begleitperson sollen für 8 Tage vor geplanter Aufnahme außerhalb ihrer Wohnung Masken tragen. Hände sind regelmäßig zu waschen.

Bei stationärer Aufnahme bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

Traten beim Patienten, bei der vorgesehenen Begleitperson oder einem anderen im Haushalt lebenden Person in den letzten 8 Tagen Zeichen eines Atemweginfektes auf?
Ja ☐ **nein** ☐
Wurde ein Test auf das Coronavirus durchgeführt?
Ja ☐ **nein** ☐
Wurde ein Tagebuch während der 8 Tage vor der geplanten stationären Aufnahme in der Kinderklinik durchgeführt?
Ja ☐ **nein** ☐
Haben Patient und geplante Begleitperson für 8 Tage vor geplanter Aufnahme außerhalb ihrer Wohnung Masken getragen und regelmäßig Hände gewaschen.
Ja ☐ **nein** ☐

_____ _____ _____
Vorname Name Datum Unterschrift

Wir danken ganz herzlich im Namen unserer kranken Kinder

Bitte bringen Sie das Tagebuch und falls durchgeführt die Ergebnisse der Virusuntersuchung zur Aufnahme mit.

Frau Prof. Dr. Martina Messing-Jünger
Direktorin Zentrum für operative Medizin

Prof. Dr. Gerd Horneff
Ärztlicher Direktor

ASKLEPIOS
Klinik Sankt Augustin

„Tagebuch“ Name_____ Vorname _____---

Ich bin: ☐ Patient ☐ Begleitperson ☐ Familienmitglied ☐ anderes: _____

Geplante stationäre Aufnahme am: ___ . ___ . 20____

Datum	**Eigene Symptomatik (N=Nein, J=Ja, ?=weiß nicht)**						
z.B. Mo, 3.5.20	Fieber (ja, nein)	Temperatur	Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit	Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, Kontakt mit….

Wurde ein Abstrich gemacht? ☐ Nein ☐ Ja, am **___ . ___ . 20____**

Ergebnis (bitte mitbringen) ☐ Nein ☐ Ja ☐ unbekannt

Alternative Diagnose: _____

_____ _____ _____
Vorname Name Datum Unterschrift