

## Anamnesebogen

### Wunschvorsorge SARS-CoV-2

zur Sprechstunde:

Datum:

Uhrzeit:

|                                 |               |                                   |                                  |
|---------------------------------|---------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Name:</b>                    |               | <b>Vorname:</b>                   |                                  |
| <b>Geb.-Name:</b>               |               | <b>Geb.-Datum:</b>                |                                  |
| <b>Größe (cm):</b>              |               | <b>Gewicht (kg):</b>              |                                  |
| <b>Raucher*in</b> (aktuell):    |               | ja                      nein      |                                  |
| <b>Anschrift:</b>               |               |                                   |                                  |
| <b>Telefon:</b>                 | <b>Handy:</b> | <b>E-Mail:</b>                    |                                  |
| <b>Schulart:</b>                |               |                                   |                                  |
| BBS                             | FÖS*          | GS                                | GY      IGS      RS+      Andere |
| <b>*Förderschwerpunkt:</b>      |               |                                   |                                  |
| FÖZ                             | SFBLS         | SFE                               | SFG                              |
| SFGLS                           | SFL           | SFM                               | SFS                              |
| <b>Name und Ort der Schule:</b> |               |                                   |                                  |
| <b>Berufsgruppe</b>             |               |                                   |                                  |
| Lehrkraft                       |               | Päd. Fachkraft      Referendar*in |                                  |
| Sonstige:                       |               |                                   |                                  |

|                                                                                                                                                                |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Welche für die Beurteilung <u>in Bezug auf Corona relevanten</u> Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?</b> Bitte geben Sie stets das Jahr der Erstdiagnose an. |                                        |
| <b>Erkrankung:</b>                                                                                                                                             | <b>Jahr:</b>                           |
| 1.                                                                                                                                                             |                                        |
| 2.                                                                                                                                                             |                                        |
| 3.                                                                                                                                                             |                                        |
| 4.                                                                                                                                                             |                                        |
| 5.                                                                                                                                                             |                                        |
| 6.                                                                                                                                                             |                                        |
| <b>Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?</b><br>Bitte geben Sie stets den Präparatenamen sowie die Dosierung und Ihr Einnahmeschema an.                   |                                        |
| <b>Medikament und Dosierung</b><br>(z. B. Ramipril 5mg)                                                                                                        | <b>Einnahmeschema</b><br>(z. B. 1-0-0) |
| 1.                                                                                                                                                             |                                        |
| 2.                                                                                                                                                             |                                        |
| 3.                                                                                                                                                             |                                        |
| 4.                                                                                                                                                             |                                        |
| 5.                                                                                                                                                             |                                        |
| 6.                                                                                                                                                             |                                        |
| <b>Wurde bzw. wird eine der folgenden Therapien bei Ihnen durchgeführt?</b><br>Bitte geben Sie den entsprechenden Zeitraum/Zeitpunkt an (Monat/Jahr).          |                                        |
| <b>Chemotherapie</b>                                                                                                                                           | nein      ja      von      bis         |
| <b>Bestrahlung</b>                                                                                                                                             | nein      ja      von      bis         |

|                                                                                                                                                                                                                         |     |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|
| <b>Immunsuppression/-modulation</b><br>Bitte Präparat und Dosis benennen                                                                                                                                                |     |             |
| 1.                                                                                                                                                                                                                      | von | bis         |
| 2.                                                                                                                                                                                                                      | von | bis         |
| 3.                                                                                                                                                                                                                      | von | bis         |
| <b>Pflichtstunden pro Woche (Deputat)</b>                                                                                                                                                                               |     |             |
| <b>Wie viele Wochenstunden sind Sie vom Unterricht freigestellt?</b><br>davon:                                                                                                                                          |     |             |
| → wegen GdB                                                                                                                                                                                                             |     |             |
| → aus organisatorischen Gründen<br>(z. B. Fachgruppenleitung,...)                                                                                                                                                       |     |             |
| → aus anderen Gründen                                                                                                                                                                                                   |     |             |
| <b>Welche Fächer unterrichten Sie?</b>                                                                                                                                                                                  |     |             |
| <b>Wie viele Klassen unterrichten Sie?</b>                                                                                                                                                                              |     |             |
| <b>Wie viele Schüler*innen gibt es je Klasse?</b>                                                                                                                                                                       | von | bis         |
| <b>Wie alt sind Ihre Schüler*innen?</b>                                                                                                                                                                                 | von | bis (Jahre) |
| <b>Gibt es weitere Betreuungssituationen, die engen Schülerkontakt mit sich bringen? <u>Welche</u>?</b> (z. B. Ganztagschule, AG, Vertrauenslehrkraft)                                                                  |     |             |
| <b>Sind Sie bei der Pflege von Schüler*innen involviert?</b><br>(z. B. an Förderschulen)                                                                                                                                | ja  | nein        |
| <b>Ist es möglich die von Ihnen genutzten Räumlichkeiten effektiv zu lüften?</b><br>(z.B. pro Raum zwei komplett zu öffnende Fenster bzw. ein Fenster und eine Tür zu einem belüfteten Raum oder maschinelle Belüftung) | ja  | nein        |
| <b>Ist es möglich <u>in den Klassenräumen</u> den empfohlenen Mindestabstand zu den Schüler*innen einzuhalten?</b>                                                                                                      | ja  | nein        |
| <b>Ist es möglich <u>außerhalb der Klassenräume</u> den empfohlenen Mindestabstand zu Schüler*innen, Kolleg*innen und anderen Personen einzuhalten?</b>                                                                 | ja  | nein        |
| <b>Ist es möglich eine hygienische Händereinigung durchzuführen?</b><br>(Händewaschen mit Seife und Einmalhandtüchern oder Händedesinfektion)                                                                           | ja  | nein        |
| <b>Kommen Sie mit dem Tragen einer Mund-Nasenbedeckung zurecht?</b>                                                                                                                                                     | ja  | nein        |

|                                                                                   |     |             |          |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|----------|---------------|
| <b>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand <u>im Allgemeinen</u> beschreiben?</b> |     |             |          |               |
| sehr gut                                                                          | gut | mittelmäßig | schlecht | sehr schlecht |
| <b>Nähere Angaben zum Gesundheitszustand (z. B. Infekthäufigkeit):</b>            |     |             |          |               |
|                                                                                   |     |             |          |               |

  

|                                                                    |    |      |
|--------------------------------------------------------------------|----|------|
| <b>Nutzen Sie die Corona-Warn-App?</b> <i>(freiwillige Angabe)</i> | ja | nein |
|--------------------------------------------------------------------|----|------|

  

|                                                                                               |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| <b>Auf welchem Weg sollen wir Ihnen die arbeits-<br/>medizinische Stellungnahme zusenden?</b> | per Post | per E-Mail |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|

***Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!***

Bitte **speichern Sie Ihre Eingaben ab** und senden Sie den ausgefüllten Fragebogen **ausschließlich** über die Webanwendung im „E-Mailgateway“ an uns zurück:

- Öffnen Sie: <https://fortimail.unimedizin-mainz.de/mail/WebmailLogin.html>
- Geben Sie Ihre E-Mail Adresse sowie Ihr Passwort ein und bestätigen Sie.
- Nun befinden Sie sich in der Webanwendung „E-Mailgateway“ und können auf unsere Nachricht antworten. 
- Fügen Sie den ausgefüllten Fragebogen und die erforderlichen Befunde über das Symbol „Briefklammer“ an. 
- Senden Sie Ihre Nachricht ab. 
- Loggen Sie sich aus. 