**An den weiterbehandelnden Arzt (Name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patientenaufkleber:**

Aufenthalt vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

**Kurzepikrise:**

Befund CT Thorax vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Befund SARS-CoV-2-PCR vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial aus **□** Nase/Rachen **□** Rektum **□** Sputum **□**  Spülflüssigkeit

Klinische Situation bei Entlassung:

**Ambulante Weiterbehandlung:**

Patient noch kontagiös **□** ja **□** nein wenn ja häusliche Isolierung für \_\_\_\_ Tage

Behandlungsvorschlag und Kontrollintervalle:

Mitbehandlung durch Infektiologen / Pulmologen empfohlen **□** ja **□** nein

**Veranlasste Maßnahmen und Arbeitsunfähigkeit**

Medikation:

Heil- und Hilfsmittel Häusliche Krankenpflege **□** ja **□** nein

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt bis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rückfragen an Stationsarzt (Name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Durchwahl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_