

## Patienten-Check-Liste zur Evaluation einer ambulanten monoklonalen Antikörpertherapie bei COVID-19 Patienten

### Eingangsfrage

Sie sind in den letzten 6 Tagen positiv auf SARS-CoV-2 mittels <b>PCR</b> getestet (positiver Antigenschnelltest ist nicht ausreichend)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

### Eignungsfragen zur ambulanten Behandlung 1.-6.:

1. Sie sind $\geq 18$ Jahre und haben ein Körpergewicht $\geq 40$ kg?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Sie haben <u>keine</u> Atemnot oder Brustschmerzen? (Handlungsanweisung: Wenn sie Atemnot oder Brustschmerzen haben, beantworten Sie diese Frage bitte mit „ <b>nein</b> “)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> *
3. Sie benötigen <u>keinen</u> Sauerstoff und werden aktuell nicht in einem Krankenhaus behandelt? (Handlungsanweisung: Wenn sie Sauerstoff benötigen, beantworten sie diese Frage mit „ <b>nein</b> “)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> *
4. Sie haben aktuell nur eine milde Symptomatik (Fieber, Husten, Halsschmerzen) und kommen alleine zu Hause Zu Recht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5. Bei Ihnen ist <u>keine</u> unmittelbare Behandlung wegen einer Verschlechterung Ihres klinischen Zustandes im Krankenhaus notwendig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6. Sie sind aufklärungs- und einwilligungsfähig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

\*Wenn Sie Frage 2. oder Frage 3. mit **nein** beantworten haben, wenden sie sich bitte umgehend an den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Telefonnummer 116117 zur Klärung einer notfallmäßigen Krankenhauseinweisung. Eine Terminanfrage für die ambulante Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ist in diesem Fall nicht möglich, da sie zu krank sind.

### Fragen zur Risikoeinschätzung für einen schweren Covid 19 Verlauf 7.-16.:

7. Sie sind über 60 Jahre?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Sie sind stark übergewichtig BMI > 30? -siehe BMI Rechner unter: <a href="https://www.tk.de/service/app/2002866/bmirechner/bmirechner.app">https://www.tk.de/service/app/2002866/bmirechner/bmirechner.app</a>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Sie haben Asthma, das medikamentös behandelt werden muss?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Sie haben eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), die medikamentös behandelt werden muss?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
11. Sie haben eine sonstige chronische Lungenerkrankung, die medikamentös behandelt werden muss?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
12. Sie haben einen Diabetes mellitus, der medikamentös behandelt werden muss?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Sie haben eine chronische Nieren-/Leberinsuffizienz oder sind Dialysepatient?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
14. Sie haben eine <u>aktive</u> Tumorerkrankung, die aktuell behandelt wird?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
15. Sie hatten schon einmal einen Herzinfarkt oder leiden an einer chronischen Herzerkrankung, die medikamentös behandelt werden muss?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
16. Sie nehmen aufgrund einer chronischen Erkrankung immunsupprimierende Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine der Fragen 9.-16. mit ja beantworten, bitten gehen Sie im Detail auf Ihre Erkrankung ein. Wie heißt die Erkrankung genau? Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wie ausgeprägt ist die Erkrankung (Stadium)? – ggf. ist hierfür eine Rücksprache mit Ihrem Hausarzt erforderlich.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Interpretation der Checkliste**

Eine Terminanfrage ist nur dann möglich, wenn Sie:

- 1) die Eingangsfrage und
- 2) alle Eignungsfragen 1.-6. zur ambulanten Behandlung und
- 3) mindestens eine der Fragen 7.-16. zur Risikoeinschätzung für einen schweren COVID 19 Verlauf mit „ja“ beantwortet haben.

### **Wichtig:**

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Berücksichtigen Sie, dass nicht sinnvolle Terminanfragen unnötig die Kapazität unserer Mitarbeiter binden und den reibungslosen Betrieb unserer Ambulanz gefährden.

### **Kontaktdaten**

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_