

Kurzscreening

für Besucher und ambulante Patienten des Krankenhauses während der COVID-19 Pandemie

| | |
|------------------------------|--|
| Aufzusuchende/r Patient/in: | |
| Zimmernummer der Patient/in: | |

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

| | |
|---------------------------------------|--|
| Vor- und Nachname: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: | |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: | |

Angaben zu Erkältungssymptomen

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Von der Einrichtung auszufüllen

| | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie wurde der Zutritt nachgewiesen? | | |
| Vollständige Impfung <input type="checkbox"/> Nachweis Genesung <input type="checkbox"/> Negatives Testergebnis <input type="checkbox"/> | | |

Datum, Unterschrift Besucher/in o. Patient/in

Datum, Unterschrift Krankenhaus