

Kurzscreening für Besucherinnen und Besucher während der COVID-19-Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Patient/in:	
Station / Zimmernummer:	
Datum, Uhrzeit Anmeldung:	

Angaben zu Erkältungs- und Grippeähnlichen Symptomen

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber / gemessene Temperatur		
Halschmerzen und / oder Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- und / oder Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und / oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Von der Klinik auszufüllen

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ende des Besuches		

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Klinikmitarbeiter