

KURZSCREENING FÜR BESUCHER WÄHREND DER COVID-19 (CORONAVIRUS) PANDEMIE



Allgemeine Angaben zur Person:

Name: _____

Datum: _____

Vorname: _____

Uhrzeit: _____ bis: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Personalausweis – Nr.: _____

Name des/r besuchten Patienten/in: _____

Im Rahmen der Infektionsprävention des Coronavirus möchten wir Ihnen vor dem Besuch folgende Fragen stellen:

Haben Sie **Zeichen eines Infekts**?

JA **NEIN**

Wenn **Ja** welche?

- Infektionsbedingte Atemnot? **JA** **NEIN**
- Husten? **JA** **NEIN**
- Schnupfen? **JA** **NEIN**
- Fieber? **JA** **NEIN**
- Glieder- und Kopfschmerzen? **JA** **NEIN**
- Sind Sie wegen der Symptome in ärztlicher Behandlung? **JA** **NEIN**

- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem SARS-CoV-2 erkrankten Menschen? **JA** **NEIN**

Körpertemperatur: _____

Wir bitten Sie um Verständnis für diese Maßnahme und bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Von der Klinik auszufüllen:

Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt
Einlass des Besuchers wurde gewährt

JA **NEIN**
JA **NEIN**

Datum Unterschrift Besucher/-in

Datum Unterschrift Klinik