



Kurzscreening für Besucher während der Covid-19-Pandemie

Allgemeine Information	Gemäß der Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO wird dieses Screening vor Eintritt des Krankenhauses bei Ihnen durchgeführt. Bitte unterstützen Sie diese Maßnahme und füllen Sie diesen Bogen aus.
-------------------------------	--

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Patient/in	
Station:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

Nr.	Symptome / Fragestellung	Antwort
1.	Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Atemnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Von der Einrichtung auszufüllen:

1.	Einweisung in die Hygienemaßnahmen und Besuchsregeln ist erfolgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum, Unterschrift Besucher/in