

Kurzscreening für Besucher der Elisabeth-Klinik während der COVID-19 Pandemie



Allgemeine Angaben zur eigenen Person

| | |
|---------------------------------------|--|
| Vor- und Nachname: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: | |
| Aufzusuchende/r Patient/in: | |
| Station/Zimmernummer des Patienten: | |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: | |

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

| | 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Einlass des Besuchers wurde gewährt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dieses Formular wird nach 4 Wochen vernichtet.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung