

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

Vor- und Nachname:			
Adresse:			
Telefonnummer/E-Mail-Adresse:			
Aufzusuchende/r Patient/in:			
Station/Zimmernummer des Patienten:			
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:			
<b>Impfung gegen COVID-19</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Impfstoff:</b> _____	<b>Datum</b>	<b>1. Impfung:</b> _____	<b>2. Impfung:</b> _____

## Angaben zu Erkältungssymptomen, Herkunft und Kontaktpersonen

Angaben gelten für die zurückliegenden 14 Tage.

	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	Test liegt vor		NEIN
		JA	NEIN	
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testergebnis ist <b>positiv</b> (bei Ihnen wurde das Virus nachgewiesen!)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

<b>Von der Einrichtung auszufüllen:</b>	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 Patient,  
Begleitperson, Besucher/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Einrichtung