Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

# Allgemeine Angaben zur eigenen Person (bitte vorab ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname:  |   |
| Adresse:  |   |
| Telefonnummer:  |   |
| Aufzusuchende/r Patient/in):  |   |
| Zimmernummer des Patienten:  |   |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs (max. 45 Minuten):  |   |

#  Angaben zu Erkältungssymptomen (bitte am Besuchstag an der Rezeption ausfüllen)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | JA  | NEIN  |
| Fieber  |   |   |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden  |   |   |
| Husten  |   |   |
| Atemnot  |   |   |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust  |   |   |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar  |   |   |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar  |   |   |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?  |   |   |
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen  |   |   |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt  |   |   |

Die Informationspflichten gegenüber Besuchern auf der Grundlage § 14 KDG habe ich erhalten und willige der Verarbeitung meiner Daten freiwillig ein.

Datum, Unterschrift Besucher/in