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