

Kurzscreening für Besucher während der COVID-19-Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende Patient(in):	
Zimmernummer des Patienten:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs (max. 60 Minuten):	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

	JA	NEIN
Fieber, Halsschmerzen, Husten oder 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"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2-positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in die Hygienemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Impfung 14 Tage her (Vorlage Dokument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb der letzten 24 h negativ getestet (Vorlage Dokument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb der letzten 6 Monate genesen (Vorlage Dokument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Datum, Unterschrift Besucher/in)