

Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

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

Wichtiger Hinweis für Eltern/Bezugspersonen, die unsere Patienten zu Besuchskontakten außerhalb der Station bzw. zu Belastungserprobungen abholen: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch für die Kontaktpersonen während des Besuches oder der Belastungserprobung.

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"/>
Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Allergie erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?

Nein Ja Wenn ja, wann? _____

Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?

Nein Ja Wenn ja, in welchem Land? _____

Ich versichere die Richtigkeit der oben genannten Angaben.
Ich versichere, die geltenden Hygienerichtlinien einzuhalten.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Hinweis zum Datenschutz:

Dieses Formular dient als Besuchsregister nach § 5Abs. 3 Coronaschutzverordnung NRW. Es wird für vier Wochen aufbewahrt und anschließend entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet.

Von der Einrichtung auszufüllen:

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

Datum, Unterschrift Einrichtung