

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
Körpertemperatur tagesaktuell*	_____ °C	
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"/>

* **Ab einer Temperatur von 37.5°C oder einem weiteren Symptom wird kein Zutritt mehr gestattet.**

Ausnahme: Bei **leichten** Symptomen kann ein Antigen-Schnelltest durchgeführt werden, sofern der Besuch dringlich ist. Hierfür bedarf es der Bestätigung durch den behandelnden Arzt/des behandelnden Therapeuten. Bei **positivem** Ergebnis des Schnelltests kann kein Eintritt gewährt werden. **Es erfolgt umgehend eine Meldung an den hygienebeauftragten Arzt (Corona-Telefon), außerhalb der Dienstzeit an den AvD, der wiederum das Gesundheitsamt informieren muss (AvD in Rücksprache mit dem Hintergrunddienst).** Besucher mit **stärkeren** Symptomen erhalten keinen Zugang zur Klinik.

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