

## 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:		

### Teil 1:

	JA	NEIN
Sind sie vollständig immunisiert (vollständig geimpft oder genesen und 1x geimpft) (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie innerhalb der letzten 6 Monate von einer CoViD-19 Infektion genesen (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn beides nein:</b>		
Liegt ein aktueller CoViD-19-Schnelltest vor (nicht > als 24 h)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War dieser positiv?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>

### Teil 2:

**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"/>

**Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem CoViD-19 positiven Menschen gehabt?** (Gilt nicht für vollständig Immunisierte)

Nein  Ja

**Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Virusvariantengebiet?**

Nein  Ja

**\* Ab einer Temperatur von 37.5°C oder sobald eine Frage in Teil 2 mit ja angekreuzt ist (oder vorgelegter Schnelltest positiv ist) 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.

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