



Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Station / Bereich (wo will ich hin?): _____

Besucher ja

Begleitperson: ja

Etikett oder ausfüllen:

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Telefonnummer

Name Patient

OP oder ambulanter Eingriff: nein ja (wann: _____)

Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome:

Fieber > 38°C / Schüttelfrost? nein ja

Atemwegssymptome (z.B. Husten, Atemnot, Halsweh...) nein ja

Grippale Symptome
(z.B. Schlapheit, Muskel- oder Gliederschmerzen) nein ja

Geruchs-oder Geschmacksverlust nein ja

Magen-Darm-Infekt (Durchfall) nein ja

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen mit COVID-19? nein ja

(sowohl Verdachtsfälle wie bestätigte Infektionen sind bedeutsam)

Sind Sie aktuell in Quarantäne oder sind Sie SARS-CoV2 positiv? nein ja

Wurde eine Impfung gegen SARS-CoV2 bereits durchgeführt? nein ja

Impfung vollständig? Datum: _____ nein ja

Waren Sie im letzten halben Jahr an SARS-CoV2 erkrankt? nein ja

Wurden sie in den letzten 24 Stunden auf Covid getestet? nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben:

Unterschrift Patient/in/ gesetzl. Betreuer/in

Datenschutz:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Daten sowie dieses Blatt miterfasst, für 28 Tage gespeichert und bei Bedarf an Behörden weitergegeben werden.

Nach 28 Tagen werden die Daten von Besuchern gelöscht.

Das Dokument von Begleitpersonen wird in der Patientenakte archiviert.

Unterschrift BesucherIn / Begleitperson