



## Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Station / Bereich (wo will ich hin?): \_\_\_\_\_

Besucher  ja  
(Für Besucher gilt die 3G Regel)

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