



Erfassungsbogen SARS-CoV-2 Risiko für Besucher

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Name, Vorname (Besucher)

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Name Patient

Station

Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome:

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| Fieber > 38°C? in den letzten 48 Std. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ °C |
| Schüttelfrost? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Husten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Atemnot? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Halsschmerzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Geruchs- oder Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Schwindel? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Durchfall? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Fühlen Sie sich schlapp? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen mit COVID-19? nein ja
(sowohl Verdachtsfälle wie bestätigte Infektionen sind bedeutsam)

Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne/sind Sie SARS-CoV2 positiv? nein ja

Wurde die Zweitimpfung gegen SARS-CoV2 bereits durchgeführt? nein ja

Liegt diese länger als 14 Tage zurück nein ja

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



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie sind wir verpflichtet, zur Risikominimierung des Infektionsrisikos mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 einige Besuchsregelungen zu Ihrem eigenen als auch zum Schutz Ihrer Angehörigen, der Patienten sowie der Mitarbeiter gemäß den aktuellen Vorgaben der Corona Verordnung in der jeweils gültigen Fassung aufzustellen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass ein Besuch bei bestehenden Symptomen, Kontakt zu positiv getesteten Personen sowie einer vorliegenden Infektion nicht möglich ist.

Datenschutz:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Daten sowie dieses Blatt miterfasst, für 14 Tage gespeichert und bei Bedarf an Behörden weitergegeben werden. Nach 14 Tagen werden die Daten gelöscht.

Des Weiteren bestätige ich, dass ich aktuell weder eine COVID-Erkrankung oder COVID-Symptome habe noch Kontakt zu COVID-Betroffenen hatte. Darüber hinaus habe ich mich auch nicht in einem COVID Risikogebiet aufgehalten.

Aktueller Covid-Test liegt vor (24Std.)

Vollständig geimpft

Genesen

Unterschrift BesucherIn

Kürzel MA Aufnahme