

Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:		
Adresse:		
Telefonnummer:		
Aufzusuchende/r Patient/in/ Station		Station: _____
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:		

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

Zusätzlich bei Eltern/Bezugspersonen, die unsere Patienten zu Besuchskontakten außerhalb der Station bzw. Belastungserprobungen abholen:

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei den nahestehenden Kontaktpersonen außerhalb der Station gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 § 5 Abs. 3 Coronaschutzverordnung NRW. Es wird für vier Wochen aufbewahrt und anschließend entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet, wenn sie nicht von der nach §28 IfSG zuständigen Behörde benötigt wird.

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