

**Corona-Checkliste –Erfassung des Infektionsstatus** (nur für Patienten)

**bei Neuaufnahmen**

Checkliste bei Einbestellung erfragt: Datum: \_\_\_\_\_ Name Stationssekretärin: \_\_\_\_\_

**bei ambulanten Kontakten**

**Allgemeine Angaben des/r Patienten/in**

Vor-und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Station:	
vollständig immunisiert (vollständig geimpft oder genesen und 1x geimpft)-Nachweis	
Innerhalb der letzten 6 Monate von einer CoViD-19-Infektion genesen- Nachweis	

**Begleitperson(en) des/r Patienten/in:**

vollständig immunisiert (vollständig geimpft oder genesen und 1x geimpft)-Nachweis	
Innerhalb der letzten 6 Monate von einer CoViD-19-Infektion genesen- Nachweis	

(Nicht zum Haushalt gehörende Personen müssen ein Kurzscreening-Bogen für Besucher ausfüllen)

Hat der/die Patient/in oder eine im Haushalt lebende Person eine Atemwegsinfektion?

Nein  Ja  Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Symptome hat er/sie? (relevant sind alle Ausprägungsgrade)

	JA	nein
Körpertemperatur tagesaktuell*	_____ °C	
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Gliederschmerzen:	<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"/>
Unwohlsein / 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"/>
Durchfall / Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Ab einer Temperatur von 37.5°C /anderen Symptomen ist eine ärztliche Abklärung durch den Stationsarzt / Ambulanzarzt erforderlich, falls dieser nicht erreichbar, ist der AvD. Dieser entscheidet über das weitere Vorgehen.

- **War der/die Patient/in oder eine im selben Haushalt lebende Person in den letzten 14 Tagen in einem Virusvariantengebiet?**  
Nein  Ja
- **Ist bei dem/der Patient/in oder bei einer im selben Haushalt lebenden Person in den den letzten 48h ein Corona-test durchgeführt worden?**  
Nein  Ja
- **Hatte der/die Patient/in oder eine im selben Haushalt lebende Person in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit einer Coronaviruserkrankung?**  
Nein  Ja  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- **Ist der/die Patient/in oder eine im selben Haushalt lebende Person in amtlich angeordneter Quarantäne?**  
Nein  Ja  Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

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 wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Einrichtung