

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:			

Teil 1	JA	NEIN
Sind sie vollständig immunisiert (2x geimpft oder genesen und 1x geimpft) (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie innerhalb der letzten 6 Monate von einer CoViD-19 Infektion genesen (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn beides nein:		
Liegt ein tagesaktueller Corona Test vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War dieser positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Erkältungssymptomen

Teil 2:

Wichtiger Hinweis für Eltern/Bezugspersonen, die unsere Patienten zu Besuchskontakten außerhalb der Station bzw. zu Belastungserprobungen abholen: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch für die Kontaktpersonen während des Besuches oder der Belastungserprobung.

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber (tagesaktuelle Temperatur)	<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"/>

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
Impfnachweis, oder Genesenennachweis vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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