

Screening Covid-19 für Patienten und Besucher

| | |
|---|--|
| Name, Vorname | |
| Adresse | |
| Telefonnummer | |
| Grund des Krankenhausbesuches | |
| Besuch von Patienten → Name des Patienten | |
| Besuchszeit von-bis | |

Haben Sie grippeähnliche Symptome? ja nein

Haben Sie neu aufgetretenen Husten? ja nein

Haben Sie neu aufgetretene Luftnot? ja nein

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einer Person mit bestätigter COVID-19-Erkrankung? ja nein

Haben Sie in den letzten 24h Fieber gehabt? ja nein

Hinweis:

Bei Temperatur $\geq 38,0$ °C oder Beantwortung einer Frage mit „ja“, werden die Symptome abgeklärt (z. B. Prüfung Sepsis?).

Bei Verdacht auf COVID-19 erfolgt ein SARS-CoV-2-RNA-Screening.

Falls möglich erfolgt die Isolation/Quarantäne in der Häuslichkeit, sonst stationäre Behandlung direkt auf Isolierstation, bis das Befundergebnis vorliegt.

Wohnen Sie in einem Pflege- oder Seniorenheim? ja nein

Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? ja nein

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit der Infektionskette gespeichert und bei Bedarf an das Gesundheitsamt übermittelt werden.

Bitte denken Sie daran, dass das Krankenhaus nur mit einem Mund- und Nasenschutz betreten werden darf!

Datum und Unterschrift

Screening CoviD-19 für Patienten und Besucher

Mitgeltende Unterlagen

→