

Screeningbogen für Besucher und Begleitpersonen

Name des Patienten: _____

Station: _____

Für die letzten 14 Tage gebe ich Folgendes an:

Ich habe / hatte...

	Ja	Nein
Kontakt zu einer Covid-19 positiv getesteten Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu einer in Covid-19-Quarantäne befindlichen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grippeähnliche Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Geruchs/Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname, Geburtsdatum des Besuchers: _____ (leserlich)

Telefonnummer: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Auszufüllen von den Mitarbeitenden an den Registrierungsstellen	
• Vorlage eines gültigen Personalausweises / Reisepass / Führerscheins UND	<input type="checkbox"/>
• Offizieller Nachweis eines negativen Antigen-Schnelltests/ PCR-Tests liegt vor (nicht älter als 48 Stunden) ODER	<input type="checkbox"/>
• Impfausweis oder offizielle Impfbescheinigung (Erst- und Zweitimpfung, letzte Impfdosis liegt mehr als 14 Tage zurück) liegt vor ODER	<input type="checkbox"/>
• Genesene, deren Quarantäne beendet ist, können ein positives PCR-Abstrichergebnis vorweisen (mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate alt)	<input type="checkbox"/>
Gemessene Temperatur:	