

Kontaktdatenerfassung Besucher der Helios Mariahilf Klinik Hamburg

Besucher Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Besucher

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Besuchsdatum: _____

Zeitraum von.....bis.....Uhr

Infektion mit CoViD-19

Haben Sie eine Infektion durchgemacht bzw. sind positiv getestet worden? ja nein

→ Falls „ja“: Wurden die Isolierungsmaßnahme/Quarantäne aufgehoben? ja nein

→ Falls „ja“: Wann und durch wen?

Liegt ein negativer Abstrich (nicht älter als 48Std.) auf Corona vor? ja nein

→ Falls „ja“: Wo und wann durchgeführt:

→ Falls „nein“: Liegt kein negativer Abstrich (jünger als 48 Std.) vor, bitten wir Sie sich von uns auf das Coronavirus testen zu lassen. Dieser Test ist für Sie kostenlos. Mit Ihrer Einwilligung unterstützen Sie uns dabei die Verbreitung des SARS-CoV-2 einzudämmen und unsere Patienten, Besucher und Mitarbeiter bestmöglich zu schützen.

Kontaktdatenerfassung Besucher der Helios Mariahilf Klinik Hamburg

Anamnese

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerz | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchssinns |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | |

Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt zusammen leben) innerhalb der letzten 14 Tage*:

ja nein

→ Falls „ja“: Wann/von wann, bis wann:

Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage*:

ja nein

→ Falls „ja“: Wo/wie/wann:

Gab es einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus innerhalb der letzten 14 Tage? ja nein

→ Falls „ja“: Von wann bis wann?

Gab es in diesem Krankenhaus CoVID-19 Fälle?

ja nein

→ Falls „ja“: Auf Ihrer Station?

ja nein

Sind Sie Bewohner in einem Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage CoVid-19 Fälle gab?

ja nein

Sind Sie beruflich in einer Pflege-/Bildungs-/Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig in denen CoVid-19 Fälle aufgetreten sind und in deren Versorgung Sie eingebunden waren?

ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet laut RKI? *

ja nein

Datum

Unterschrift

Seite 2/2