

COVID-19 Anamnese Besucher:in, Begleitperson, Sorgeberechtigte:r

Besucher:in Begleitperson Sorgeberechtigte:r Sonstiges: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Temp. °C: _____

Datum: _____. _____. _____ Krankenhaus betreten um: _____ Uhr

Krankenhaus verlassen um: _____ Uhr

Welcher Patient wird begleitet/besucht?

Name des Patienten/der Patientin: _____

Sehr geehrte:r Besucher:innen / Begleitperson / Sorgeberechtigte:r,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne, in häuslicher Isolierung oder Absonderung? Ja Nein

2. Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft? Ja Nein
Falls „Ja“, 1. Impftermin _____ 2. Impftermin _____

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem RKI-Risikogebiet? Ja Nein

4. Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 10 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Geruchs-/Geschmacksverlust |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Glieder-/Muskelschmerzen | |

5. Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage: Ja Nein

6. Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage? Ja Nein

7. Sind Sie Bewohner eines Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenunterkunft in dem es in den letzten 14 Tage COVID-19 Fälle gab? Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben korrekt sind und dass ich die Besuchs- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift

Unterschrift Mitarbeiter:in