Besucher Nr.: Uhrzeit:

Helios

Helios Klinikum Siegburg

COVID-19 Anamnese Besucher/-innen oder Begleitperson

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND GUT LESERLICH AUSFÜLLEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Telefonnummer: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Patienten/der Patientin: _____

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern, möchten wir Ihnen folgende Fragen zu Ihrem Corona-Infektions-Risiko stellen:

1. **Waren Sie bereits am neuen Coronavirus/COVID-19 erkrankt?** ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn „Ja", ab wann waren Sie erkrankt? _____

Falls „ja", ist eine Beantwortung der untenstehenden Fragen nicht notwendig.

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 14 Tage!

2. **Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?** ☐ Ja ☐ Nein
3. **Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne?** ☐ Ja ☐ Nein
4. **Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?** ☐ Ja ☐ Nein
5. **Haben/hatten Sie folgende, grippeähnliche Symptome?**

☐ Fieber > 38 °C	☐ Halsschmerzen	☐ Atemnot
☐ Geruchs-/Geschmacksverlust	☐ Durchfall/Übelkeit	☐ Trockener Husten
☐ Glieder-/Muskelschmerzen	☐ Allgemeines Krankheitsgefühl	☐ Schüttelfrost

Über Maskenpflicht informiert ☐ Ja ☐ Nein

MNS bei Bedarf ausgegeben ☐ Ja ☐ Nein

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Besucher/-in[1]	Unterschrift Mitarbeiter/-in

[1]Mit der Leistung der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für vier Wochen Gespeichert werden und ich im Falle eines Covid-19-Ausbruches kontaktiert werden darf.