

## Screening der Besucher auf Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion vor Eintritt in das Krankenhaus

Version 1

Name, Vorname des Besuchers: _____, _____	
Name, Vorname des Patienten: _____, _____	
Station:	Zimmernummer:
Datum des Besuchs:	Uhrzeit des Besuchs:

Fragen:	Ja	Nein
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem plötzlichen Geruchs-/Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit einer akuten Coronavirusinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie im medizinischen Bereich oder leben Sie mit einer Person, die in einem medizinischen Bereich arbeitet, in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie oder in Ihrem Haushalt lebende Personen von einem Pflegedienst betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 14 Tagen verreist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wohin? (mit Ortsangabe und Land)		
Temperaturkontrolle: (Wird vom Mitarbeiter eingetragen)	°C	

Datum:	Unterschrift des Besuchers:
--------	-----------------------------