

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

Version 1

Name, Vorname des Besuchers: _____, _____

Geb. Datum: _____ Tel. Nr: _____

Name, Vorname des Patienten: _____, _____

Station: _____ Zimmernummer: _____

Datum des Besuchs: _____ Uhrzeit des Besuchs: _____

Fragen:	Ja	Nein
Haben Sie einen vollständigen COVID-19 Impfstatus (ab 14 Tage nach der 2. Impfungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit einer akuten COVID-19 Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an COVID-19 typischen Symptomen (u.a. Geruchs-/Geschmacksverlust, Schnupfen, Husten, Luftnot, etc.)	<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)		

Datum:	Unterschrift des Besuchers:

Bitte bringen Sie bei Ihrem Besuch in unserem Haus mit:

1. tagesaktuellen negativen Corona-(Schnell)-Test, dieser Test muss bei einer offiziellen Teststelle durchgeführt werden, Selbsttests werden nicht akzeptiert oder
2. Nachweis über eine vollständige COVID-19-Grundimmunisierung (ab 14 Tage nach 2. Impfung) oder
3. Nachweis über eine stattgehabte COVID-19-Erkrankung (> 4 Wochen < 6 Monate) oder
4. Nachweis über eine stattgehabte COVID-19-Erkrankung (> 6 Monate + Impfung) oder

Stand 25.05.2021