

**FB Screening CoviD-19 für Patienten und Besucher**

Name, Vorname	
Adresse (Straße,Hausnr.,PLZ + Ort)	
Telefonnummer	
Grund des Krankenhausbesuches	
Besuch von Patienten→Name des Pat.	
Besuchszeit von-bis	

Haben Sie grippeähnliche Symptome?  ja  nein

Haben Sie neu aufgetretenen Husten?  ja  nein

Haben Sie neu aufgetretene Luftnot?  ja  nein

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einer Person mit bestätigter COVID-19-Erkrankung?  ja  nein

Haben Sie in den letzten 24h Fieber gehabt?  ja  nein

Reiserückkehrer?  ja  nein

Befinden Sie sich momentan in Quarantäne?  ja  nein

Wohnen Sie in einem Pflege- oder Seniorenheim oder werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut  ja  nein

*\*gültig nur für Besucher*

**Sars-CoV-2 Antigen-Test („Corona-Test“)**

Test nach Pandemieplan Anlage 4 Absatz 2 (Ausnahme d. Testpflicht)→

- nicht erforderlich
- erforderlich →weiter mit Testdurchführung

Testdurchführung Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Testergebnis:  positiv  negativ

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit der Infektionskette gespeichert und bei Bedarf an das Gesundheitsamt übermittelt werden. Bitte denken Sie daran, dass das Krankenhaus nur mit einem Mund- und Nasenschutz betreten werden darf!

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

**Mitgeltende Unterlagen**

→

D28941 V 7 Gültig bis 11.05.2024.

Alle Informationen außerhalb der DokBox, z.B. ausgedruckte Dokumente, unterliegen nicht der Lenkung und besitzen keine Gültigkeit. Sie sind nur im Zusammenhang mit dem Referenzdokument in der DokBox gültig.