

Formblatt	<b>Kurzscreening für Besuchende während der Coronavirus-Pandemie</b>	Gültig ab: 30.11.2021
Dok.-Nr.: 544941		Version: 4-0-0

Temperatur:  < 37,5 °C  ≥ 37,5 °C

### Liebe Angehörige und Besuchende,

aufgrund der aktuellen Infektionsgefahr durch das Coronavirus bitten wir Sie, uns vor Ihrem Besuch folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten.

### Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Nach- und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Besuch der Patient\*in: \_\_\_\_\_

Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Datum des Besuchs: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Bitte** beantworten Sie noch **folgende Fragen** durch Ankreuzen:

Leiden Sie aktuell oder litten Sie in den letzten 14 Tagen unter folgenden Symptomen?

Symptome	Ja	Nein
Fieber bzw. erhöhte Temperatur (37,5 °C und höher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchs- oder Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer auf Coronavirus positiv getesteten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

