

# COVID-19-Screening

## Anamnesebogen und Information für Besucher / Dienstbesuch

Zum Schutz der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten sowie der hier tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

### SARS CoV-2 Screening-Fragen:

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Haben Sie Husten?  | ja | nein |
| 2. Haben Sie Luftnot?   | ja | nein |
| 3. Haben Sie starken Schnupfen?   | ja | nein |
| 4. Leiden Sie unter Geschmacks- oder Geruchsverlust?                        | ja | nein |
| 5. Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber über 38°C?                   | ja | nein |
| 6. Hatten Sie in den letzten Tagen Kontakt zu Personen mit Fieber?          | ja | nein |
| 7. Hatten Sie Kontakt zu Personen mit einer Corona-Infektion?               | ja | nein |
| 8. Sind Sie an SARS CoV-2 erkrankt oder stehen Sie gerade unter Quarantäne? | ja | nein |

### Geimpft? Genesen? Getestet?

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 9. Sind Sie vor mehr als 14 Tagen vollständig gegen SARS CoV-2 geimpft worden?  | ja | nein |
| 10. Sind Sie vor weniger als 6 Monaten von einer SARS CoV-2 Erkrankung genesen?   | ja | nein |
| 11. Sind Sie vor mehr als 6 Monaten von einer SARS CoV-2 Erkrankung genesen und vor mehr als 14 Tagen einmal gegen SARS CoV-2 geimpft worden? | ja | nein |
| 12. Liegt ein negativer Antigen-Schnelltest vor (nicht älter als 48 Stunden)?   | ja | nein |

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Besucher Patient:

### Hinweis zum Datenschutz

Die Landesverordnung vom 08.05.2020 verpflichtet uns ein Besuchsregister zu führen. Die erhobenen Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und nach 21 Tagen gelöscht.

.....

### Von der Klinik auszufüllen

Zutritt wurde gewährt: ja nein

Handzeichen Klinikmitarbeiterin / Klinikmitarbeiter:

.....  
Datum