

COVID-19-Screening

Anamnesebogen und Information für Besucher

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 |

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 28 Tagen gelöscht.

.....

Von der Klinik auszufüllen

Zutritt wurde gewährt: ja nein

Handzeichen Klinikmitarbeiterin / Klinikmitarbeiter:

Datum: