

# COVID-19-Screening

## Anamnesebogen und Information für Besucher und Patienten

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 oder Getestet?

9. Sind Sie 3-fach geimpft, gleichgültig welcher Impfstoff?  ja  nein
10. Liegt ein negativer Schnelltest vor?  
(Schnelltest eines anerkannten Testzentrums, nicht älter als 24 Stunden)  ja  nein

### Angaben zu Ihrer Person:

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 Klinikmitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Telefonische Info an: \_\_\_\_\_

.....  
Datum, Uhrzeit