**Screeningbogen für Besucher und Begleitpersonen**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Für die letzten 14 Tage gebe ich Folgendes an:**

Ich habe / hatte…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein |
| Kontakt zu einer Covid-19 positiv getesteten Person | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Kontakt zu einer in Covid-19-Quarantäne befindlichen Personen | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Fieber | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Husten | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Schnupfen  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| grippeähnliche Symptome  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Kopfschmerzen  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Durchfälle  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Verlust des Geruchs/Geschmackssinns  | [ ]  | [ ]  |

Name, Vorname, Geburtsdatum des Besuchers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(leserlich)

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

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Auszufüllen von den Mitarbeitenden an den Registrierungsstellen |
| * Vorlage eines gültigen Personalausweises / Reisepass / Führerscheins UND
 | [ ]  |
| * Impfausweis oder offizielle Impfbescheinigung (Erst- und Zweitimpfung, letzte Impfdosis liegt mehr als 14 Tage zurück) liegt vor ODER
 | [ ]  |
| * Genesene, deren Quarantäne beendet ist, können ein positives PCR-Abstrichergebnis vorweisen (mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate alt) UND
 | [ ]  |
| * Offizieller Nachweis eines negativen Antigen-Schnelltests/ PCR-Tests liegt vor (nicht älter als 24 Stunden)
 | [ ]  |
| Gemessene Temperatur: |