**Screening Form for Visitors and Accompanying Persons**

Name of patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ward: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I wish to state the following with regard to the last 14 days:**

I have / had…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yes | No |
| been in contact with a person who tested positive for Covid-19 | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| been in contact with a person in quarantine due to Covid-19 | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| fever | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| a cough | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| a cold/runny nose  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| flu-like symptoms  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| headaches  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| diarrhoea  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| loss of my sense of smell/taste  | [ ]  | [ ]  |

Surname, first name, date of birth of visitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (legible)

Telephone number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date and time: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| To be filled out by registration staffAuszufüllen 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: |

Version: 8.0 Issued: 2021/12/02