**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 staff 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: | |

Version: 8.0 Issued: 2021/12/02