

## Kurzscreening für Patienten von Krankenhäusern während der COVID-19 Pandemie

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person

<b>Vor- und Nachname:</b>	
<b>Besuchte Abteilung/ besuchter Fachbereich</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Gemessene Temperatur:</b>	
<b>Datum, Uhrzeit</b>	
<b>Zutritt nur für genesene, vollständig geimpfte oder getestete Personen (Bitte den Nachweis vorzeigen)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Genesen:</b> Nachweis über die zurückliegende Covid-19 Infektion (frühestens 28 Tage bis maximal sechs Monate) <input type="checkbox"/> <b>Geimpft:</b> Impfnachweis einer vollständigen Impfung mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff (mindestens 14 Tage zurückliegend) <input type="checkbox"/> <b>Getestet:</b> Nachweis eines negativen Corona-Schnelltestes einer anerkannten Teststelle nicht älter als 24 Stunden (oder max 48 h alten PCR-Test)

### Angaben zu Erkältungssymptomen bei Erstvorstellung

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eines der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichen eines Infektes der oberen Atemwege (wie z. B. Husten, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Gliederschmerzen, Atemnot, starker Schnupfen - soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Angaben zu Erkältungssymptomen bei Wiedervorstellung

Hiermit bestätige ich, dass sich weiterhin keine Zeichen eines Infektes der oberen Atemwege (wie z. B. Husten, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Schnupfen, Gliederschmerzen, Atemnot) und/oder Durchfälle gezeigt haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich die Besuchs- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen habe.

Nach dem Infektionsschutzgesetz vom 24.11.2021 sind wir nach § 28b dazu verpflichtet, alle bei uns anwesenden Personen mit deren Einverständnis mit Namen, Adresse, Geburtsdatum, Tag des Zutritts bzw. der Kontrolle und Telefonnummer, sowie deren Impfstatus zu erfassen und diese im Bedarfsfall der zuständigen Behörde auf Verlangen auszuhändigen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nach Ende der Zweckgebundenheit (6 Monate) gemäß Datenschutzverordnung (Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz - KDG) gelöscht/vernichtet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erfassung und bedarfsfallmäßigen Weitergabe einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift