

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

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Besuchte Abteilung/ besuchter Fachbereich	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Gemessene Temperatur:	
Datum, Uhrzeit	

Angaben zu Erkältungssymptomen bei Erstvorstellung

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine 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 der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO) vom 30.05.2020 sind wir dazu verpflichtet, alle bei uns anwesenden Personen mit Name, Adresse und Telefonnummer zu erfassen und diese im Bedarfsfall der zuständigen Behörde auf Verlangen auszuhändigen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nach Ende der Zweckgebundenheit (4 Wochen) gemäß Datenschutzverordnung (KDR-OG) gelöscht/vernichtet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mit der Erfassung und bedarfsfallmäßiger Weitergabe einverstanden.

Datum, Unterschrift