

**Kurzscreening für Besucher*innen von Krankenhäusern
während der COVID-19 Pandemie**

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Patient/in:	
Station / Zimmernummer:	
Datum, Uhrzeit	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 aufgefordert, eine Besucherregistrierung mittels Register/Personendaten zu führen 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 Besucher/in

Von der Einrichtung auszufüllen:

Einlass des Besuchers wurde **nicht** gewährt.

Anmerkung: