

Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Duisburg-Essen

Allgemeine Angaben zur eigenen Person (Angaben wie im amtlichen Identifizierungsdokument)

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Aufzusuchende/r Patient/in: _____

Patientenzimmer-Nr.: _____

Datum _____ Uhrzeit Eingang _____ **max. 1,5 h*** Uhrzeit Ausgang _____

Angaben zu evtl. Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage folgende Symptome bei Ihnen gezeigt?

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

Wird vom MHB ausgefüllt:

Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt JA NEIN

Einlass des Besuchers wurde gewährt JA NEIN

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung

*** Aus Rücksicht auf andere Besucher bitten wir Sie, die max. Besuchszeit einzuhalten - ansonsten wird kein erneuter Einlass gewährt.** Wir bitten Sie, aus Rücksicht auf andere Patienten und Besucher, die Besuchszeit in einem **3-Bett-Zimmer** auf **maximal 1 Stunde** zu begrenzen.