

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 _____ 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

Bitte füllen Sie den Bogen in der Ambulanz aus und besprechen Sie evtl. Symptome mit dem Personal.
Geben Sie das Formular **erst beim Verlassen** der Kinderklinik an die **Mitarbeiter der Ambulanz** zurück. Vielen Dank