

# Tägliches Symptom-Monitoring während der COVID-19 Pandemie

für Besucher und ambulante Patienten



Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Duisburg-Essen

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

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Aufzusuchende/r Patient/in: \_\_\_\_\_

Patientenzimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Aufzusuchende Ambulanz: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit Eingang \_\_\_\_\_ Uhrzeit Ausgang \_\_\_\_\_

## Angaben zu evtl. Erkältungssymptomen

### Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen einer der folgenden 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 wurde gewährt  JA  NEIN

Datum, Unterschrift Besucher/Patient

Datum, Unterschrift Einrichtung