

# 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit Eingang \_\_\_\_\_ **max. 1,5 h\*** 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

**\* 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.