

Angaben zur Person: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Besucher	
Name:	Angaben zu Begleitperson:
Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Bei Besucher Besuchsgrund:	Geburtsdatum:
Ziel (Abteilung/Klinik) im Klinikum:	

Teil 1 - Fragebogen :	Patient		Begleitperson	
	Nein	Ja	Nein	Ja
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer an Corona erkrankten Person oder sind Sie selbst in häuslicher Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Gliederschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Gesundheitswesen tätig (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2 – Fiebermessung:	Patient		Begleitperson	
	$< 38,0^{\circ}\text{C}$	$\geq 38,0^{\circ}\text{C}$	$< 38,0^{\circ}\text{C}$	$\geq 38,0^{\circ}\text{C}$
Gemessene Temperatur	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C

Separierung von anderen Wartenden/Patienten, Ziel-Ambulanz oder -Klinik informieren, wenn:

→ 1x Blau in Teil 1 oder Teil 2

Datum _____	Unterschrift _____
-------------	--------------------

Bei Patienten/Patientinnen mit erforderlicher Begleitperson: Telefonnummer der Begleitperson _____
