

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

| | |
|---|----------------------|
| <u>Bei Besuchern zusätzlich:</u> | |
| Anschrift oder Telefonnummer: | |
| Name des Patienten, der besucht wird: | |
| Uhrzeit Beginn Besuch: | Uhrzeit Ende Besuch: |

| Teil 1 - Fragebogen : | Patient/Besucher | | Begleitperson | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Ja | Nein | Ja |
| Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung oder einen nicht widerlegten Verdacht einer Corona-Infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die in den letzten 4 Wochen an Corona erkrankt war oder einen nicht widerlegten Verdacht einer Corona-Infektion hatte oder sind Sie selbst aktuell 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/Besucher | | Begleitperson | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| | < 38,0°C | ≥ 38,0°C | < 38,0°C | ≥ 38,0°C |
| Gemessene Temperatur | _____°C | _____°C | _____°C | _____°C |

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

→ 1x Blau in Teil 1 oder Teil 2

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

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