

Fragebogen für Besucher, Patienten und andere Personen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus!

Datum: _____ Krankenhaus betreten um: _____ Uhr

Name: _____ Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

1.) Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber >38°C | <input type="checkbox"/> Husten/ Schnupfen | <input type="checkbox"/> Schwäche | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchssinnes | <input type="checkbox"/> Verlust des Geschmackssinns | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen |

ja nein

2.) Hatten Sie engen Kontakt zu einem bestätigten COVID 19 Patienten?

ja nein

**3.) Sind Sie in den letzten 2 Wochen von einer Auslandsreise/Risikogebiet zurückgekehrt?
Wurden Sie negativ auf COVID 19 getestet?**

Ja nein

ja nein

**Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen in einem Risikogebiet aufgehalten?
Wurden Sie negativ auf COVID 19 getestet?**

ja nein

ja nein

4.a) Arbeiten Sie in einer Arztpraxis/Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung ohne Schutzausrüstung?

ja nein

wenn ja: Haben Sie Kenntnis davon, dass dort COVID-19 Infektionen aufgetreten sind?

ja nein

**4.b) Waren Sie in den letzten 2 Wochen Patient/Besucher in einer Arztpraxis
Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung ohne Schutzausrüstung (Alltagsmaske)?**

ja nein

wenn ja: Haben Sie Kenntnis davon, dass dort COVID-19 Infektionen aufgetreten sind?

ja nein

5. Nutzen Sie die Corona-Warn-App?

ja nein

wenn ja: Wurde Ihnen innerhalb der letzten 14 Tage eine Risikobegegnung angezeigt?

ja nein

6.) Patienten oder andere Personen, die zur Untersuchung/Termin kommen. Bitte hier ankreuzen!

- Praxis Müller Lung (*Radiologie, CT, MRT*) Proktologie Urologie/UFT Fußpflege
- Ambulantes Zentrum (*Orthopädie, Chirurgie, Pneumologie, Fußsprechstunde, Kardiologie, Anästhesie/Narkose.*)
- Therapie- und Gesundheitszentrum Sonstige/ Grund des Besuchs: _____

7.) Besucher für Patienten. Bitte folgende Punkte ausfüllen!

Patient/in (Name, Vorname): _____ **Station:** _____

Besuchsgrund: Patientenbesuch Gespräch mit Arzt sonstiges: _____

Ich habe die Hygiene- und Besucherregeln zu den Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen zur Kenntnis genommen und werde mich während meines Aufenthaltes im St. Hildegardis Krankenhaus daranhalten. Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenverarbeitung im Rahmen des COVID-19 Screening zur Kenntnis genommen habe bzw. die Möglichkeit hatte, diese einzusehen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Dieses Feld wird von unseren Mitarbeitern des Eingangs ausgefüllt! Besucher hat KH verlassen: _____ Uhr