

COVID-19 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:

ja nein

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <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 |

2.) Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen ungeschützten Kontakt (<1,5m) zu einem laborbestätigten COVID 19 Fall?

ja nein

3.) Unterliegt (mind.) ein Angehöriger Ihres gemeinsamen Hausstands aktuell den Quarantänevorgaben eines Gesundheitsamtes oder Arztes?

Ja nein

4.) Wurde Ihnen innerhalb der letzten 14 Tage ein erhöhtes Risiko (rote Warnmeldung) der Corona-Warn-App angezeigt?

ja nein

5.) 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: _____

6.) 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.

Köln, Datum: _____ Unterschrift: _____

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