

**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:**

- |  |  |   |                                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwindel                 | <input type="checkbox"/> Husten/ Schnupfen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Riech- und Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden   | <input type="checkbox"/> Fieber >38°C     | <input type="checkbox"/> Übelkeit  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen             | <input type="checkbox"/> Atemnot           | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen |                                    |

ja

nein

**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.) 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: \_\_\_\_\_

**5.) Besucher für Patienten.** Bitte folgende Punkte ausfüllen!

Patient/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

 Besuchsgrund:  Patientenbesuch  Gespräch mit Arzt  sonstiges: \_\_\_\_\_

**Getestet/Geimpft/Genesen: Verfügen Sie über**

- eine Bescheinigung (ausgestellt durch eine offizielle Teststelle) über ein negatives Test-Ergebnis, das max. 48 Stunden alt ist? **ODER**  
 einen Nachweis über einen vollständigen Impfschutz (Zweitimpfung liegt mind. 14 Tage zurück)? **ODER**  
 einen positiven PCR-Test als Genesenen-Nachweis (max. 6 Monate alt) bzw. einen positiven PCR-Test (älter als 6 Monate) plus Erstimpfung?

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