

Kurzscreening für Besucher*innen

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Aufzusuchende/r Patient*in: _____

Zimmernummer Patient*in: _____

Standort: Klinikum Bielefeld Mitte
 Klinikum Bielefeld Rosenhöhe
 Klinikum Halle/Westf.

Datum, Uhrzeit des Besuchs: _____

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

Fieber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Husten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Von der Einrichtung auszufüllen

Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Körpertemperaturmessung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt Fieber über 37,5 Grad vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einlass der/des Besucher*in wurde gewährt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Besucher*in hat das Haus verlassen um _____

Datum, Unterschrift Besucher*in

Datum, Unterschrift Einrichtung