

FM Erstscreening / Besucherschein bzgl. SARS-CoV-2*

Patient/-in Begleitperson* Besucher Dienstleister _____

*Die Begleitperson ist nur in Ausnahmefällen (Begleitung von kognitiv eingeschränkten Patienten, bei Sprachproblemen) gestattet.

Name:	Vorname:	Begleitperson vorhanden? (mit Testnachweis im KH) Name:
Geburtsdatum:	Besuch auf Station: (1 feste Bezugsperson, max. 1h pro Tag)	
Mobilfunk-Tel. Nr:	Station: _____ Zi: _____	
	Patient: _____	
	Uhrzeit: von _____ bis _____	
<i>Bitte halten Sie sich an die Hygienevorgaben in der Hausordnung!</i>		
Abfrage Teststatus (1G-Regel)		
Ich bin:		
<input type="radio"/> negativ getestet entweder mit		
<input type="radio"/> PCR Test (nicht älter als 48 Stunden) oder		
<input type="radio"/> PoC Antigen Schnelltest (nicht älter als 24 Stunden)		
<i>(unabhängig ob vollständig geimpft oder genesen)</i>		

Eine notfallmäßige Behandlung erfolgt immer!

	Ja/Yes	Nein/No
Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 10 Tage Husten, Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen oder Atembeschwerden, Verlust des Geruchssinns oder Fieber? <i>Do you currently or did you have symptoms as in coughing, runny nose, sore throat, body aches, difficulty breathing or headache within the last 10 days?</i>		

Bei Bejahung **einer der Punkte unbedingt konsequent gute Basishygiene, MNS und nach Möglichkeit „Face to Face“ Kontakt sehr kurz halten oder vermeiden!**

Datum:	Uhrzeit:
Unterschrift: _____ (Unterschrift)	
*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben!	

*Die erfassten Daten werden von den vorgenannten Stellen längstens 30 Tage aufbewahrt und im Anschluss verworfen. Stand: 02.05.2022

Röntgendiagnostik Anfang: _____ Uhr Ende: _____ Uhr