

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

- Haßberg-Kliniken** **MVZ** **Bereitschaftspraxis**
 Patient/-in **Begleitperson** (Mitarbeiter/-in)

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

Name:	Vorname:	Begleitperson vorhanden?
Geburtsdatum:	Mobilfunk-Tel. Nr:	Name:
Vollständiger Impfstatus: Genesener/Johnson & Johnson: 1-fach-Impfung am: _____ <i>Ab dem 15. Tag nach der Impfung</i> 2-fach-Impfung (Moderna, Astra Zeneca, BioNTech) 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ <i>Ab dem 15. Tag nach Zweitimpfung</i> (Nachweis: Impfbuch oder Impfzentrum Bescheinigung)	Genesung nach einer COVID-19-Infektion: Monat der Infektion: _____. _____ (Gültigkeit 28 Tage nach Infektionsfeststellung bis max. 6 Monate) (Nachweis: Genesenenbescheinigung oder PCR-Test)	Schnelltest vom: _____ (nicht älter als 24h): PCR-Test vom: _____ (nicht älter als 48 h) Besuch auf Station: (max. 1h pro Tag) Station: _____ Zi: _____ Patient: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____

Eine notfallmäßige Behandlung erfolgt immer- unabhängig vom Impfstatus oder Nachweise auf Testung oder Genesung.

	Ja/Yes	Nein/No
1. Hatten Sie in den letzten 24 Std. Fieber, Schüttelfrost, erbrochen oder dünnen Stuhl oder andersweite Symptomatik, die auf COVID-19 hinweisen könnte? <i>Had you had in the last 24 hrs fever, chills, vomit or thin stool or other-wide symptoms that are associated with COVID-19 could point out?</i>		
2. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage Husten, Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen oder Atembeschwerden? <i>Did you current or did you have within the last 7 days Cough, runny nose, sore throat or headache and body aches or breathing difficulties?</i>		

Bei Bejahung **eines der Punkte unbedingt konsequent gute Basishygiene, MNS und nach Möglichkeit „Face to Face“ Kontakt sehr kurz halten oder vermeiden!** In allen Fällen bekommen Sie direkt an der Anmeldung einen Mundschutz angelegt und werden sofort in ein Behandlungszimmer verbracht.

Datum:	Uhrzeit:
Unterschrift: *Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben! <div style="text-align: right;">(Unterschrift)</div>	

*Die erhobenen Daten werden nach der Erhebung von den vorgenannten Stellen längstens bis 30 Tagen aufbewahrt und im Anschluss verworfen. Stand: 26.05.2021

Röntgendiagnostik Anfang: _____ Uhr Ende: _____ Uhr