

Name (n)/Vorname: _____

Datum, Uhrzeit

Erreichbarkeit (z.B. für's Gesundheitsamt): _____

eMail und/oder Tel.Nr. (Handy)

Zweck des Besuchs:

zu besuchender Angehöriger / Patient:

(Station/Zimmer) _____

Covid-19-Selbsteinschätzung	Ja	Nein	
Haben Sie Fieber? (T ≥ 38 °C)			
Fühlen Sie sich krank (letzte 14 Tage: Symptome wie Husten, Schnupfen, Grippe)?			
Aufenthalt in Risikogebieten? (auch in Deutschland!)			Kommentar
Kontakt zu pos. COVID-19 Fall?			

Datum, Uhrzeit

Name

Unterschrift

Bitte melden Sie sich beim Verlassen des Krankenhauses an der Pforte ab!

Dieses Dokument dient der Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter und wird nach 4 Wochen vernichtet!

Ansprechpartner bei Fragen: Krankenhaus-Hygiene, Personal Stationen, Pforte, (Ärztliche Direktoren)

jetzt noch eine Bitte:

sollten Sie im Nachgang Symptome einer Infektion oder gar einen positiven Test bekommen, melden Sie sich bitte bei uns im Krankenhaus, damit wir ggf. weitere Schutzmaßnahmen für Sie und Ihre Angehörigen ergreifen können –

Vielen Dank!

Ersteller: QM, Qualitätsmanagement	Freigeber: QM, Qualitätsmanagement	Gültig ab: 01.07.2020
Gültigkeitsbereich/Fachgebiet: /		Version: 001/07.2020
Titel: GmbH_CL_Triage_Covid-19 Selbstauskunft	Ablageort: K01.03 Notfall-Aufnahme/ Situative Aufnahme	Seite 1 von 1