

## Zutrittsfragebogen zu SARS-CoV2

-

**Für Besucher, ambulante  
Patienten, Teilnehmer an  
Veranstaltungen, externe  
Kooperationspartner etc.**

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Geimpft, Genesen, Getestet:

**Wurden Sie bereits gegen CoViD geimpft?**  ja  nein

**Falls „ja“:** 1. Impfdatum \_\_\_\_\_ 2. Impfdatum \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine SARS-CoV2 Infektion durchgemacht?**  ja  nein

**Falls „ja“:** liegt diese mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate zurück?  ja  nein

**Liegt ein negativer Abstrich auf SARS-CoV2 vor?** (max. 24h alt)  ja  nein

### Anamnese:

Haben Sie aktuell folgenden **Beschwerden** oder hatten diese in den letzten 14 Tagen?  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38°C   | <input type="checkbox"/> Atemnot            | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit      |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/> (trockener) Husten | <input type="checkbox"/> Geschmackstörung      |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen   | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost      | <input type="checkbox"/> Geruchsstörung        |
| <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen  | <input type="checkbox"/> Nasenlaufen        | <input type="checkbox"/> Durchfall / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> <b>Keine</b> der o.g. Beschwerden sind oder waren in den letzten 14 Tagen vorhanden |   |  |

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem **Risikogebiet, einer Einrichtung oder Firma etc. mit bestätigten Corona-Fällen** aufgehalten?  Ja  Nein

Wenn Ja, wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV2 Fall** oder stehen Sie unter angeordneter **Quarantäne**?  Ja  Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen **Kontakt (im gleichen Haushalt lebend) zu Menschen in Quarantäne**?  Ja  Nein

Ist bei Ihnen aktuell **SARS-CoV2 nachgewiesen**?  Ja  Nein

### Welchen Patienten besuchen Sie? An welcher Stelle haben Sie einen Termin?

\_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_ Ggf. Rücksprache mit: \_\_\_\_\_

Unterschrift MA Information: \_\_\_\_\_

### **Erklärung zum Datenschutz:**

Krankenhäuser sind verpflichtet, Listen über die Besucher zu führen, um ggf. Infektionsketten nachverfolgen zu können. Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich für diesen Zweck erhoben. Nach Ablauf von 4 Wochen, wird dieser Fragebogen datenschutzkonform vernichtet.