

Aufzeichnungsvorlage

Name, Vorname: _____ **Geb. Datum:** _____

Ankunftszeit: _____

Sie sind: Besucher | Begleitperson | Patient | externer Dienstleister | Bewerber

Besucher und Begleitperson
 Ich begleite / besuche folgenden Patienten: _____
Name, Vorname

Symptome	JA	NEIN
Zeigen Sie oder Angehörige Ihres gemeinsamen Hausstandes aktuell bzw. in den letzten 14 Tagen Symptomatik wie:		
- Fieber > 38 °C, Husten und/oder Luftnot, Halsschmerzen und/oder Schnupfen?		
- Verlust von Geruchs- und/ oder Geschmacksinn?		
- Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen?		
- Durchfall und/oder Übelkeit?		
Kontakte	JA	NEIN
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen ungeschützten Kontakt (< 1,5 m) zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall?		
Wurde Ihnen innerhalb der letzten 14 Tage ein erhöhtes Risiko (rote Warnmeldung) der Corona-Warn-App angezeigt?		
Unterliegt (mind.) ein Angehöriger Ihres gemeinsamen Hausstands aktuell den Quarantänevorgaben eines Gesundheitsamtes oder Arztes?		
Besucher (unabhängig von Impf- od. Genesenenstatus)	JA	NEIN
Verfügen Sie über eine Bescheinigung (ausgestellt durch eine offizielle Teststelle) über ein negatives Antigen-Schnelltest-Ergebnis (max. 24 Std.) <u>oder</u> negatives PCR-Test-Ergebnis (max. 48 Std.)?		
Begleitpersonen/Teilnehmer der Physiotherapie, des Reha- u. Gesundheitssports: Verfügen Sie über	JA	NEIN
- einen Nachweis über einen vollständigen Impfschutz (Zweitimpfung liegt mind. 14 Tage zurück)?		
- einen positiven PCR-Test als Genesenen-Nachweis (max. 6 Monate alt) bzw. einen positiven PCR-Test (älter als 6 Monate) plus Erstimpfung?		
- eine Bescheinigung (ausgestellt durch eine offizielle Teststelle) über ein negatives Antigen-Schnelltest-Ergebnis (max. 24 Std.) <u>oder</u> negatives PCR-Test-Ergebnis (max. 48 Std.)?		

Ich habe die Verhaltensregeln zu den Hygiene-und Infektionsschutzmaßnahmen zur Kenntnis genommen und werde mich während meines Aufenthaltes im Krankenhaus der Augustinerinnen daran halten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben sowie, dass ich die Hinweise zur Datenverarbeitung im Rahmen des COVID-19 Screening zur Kenntnis genommen habe bzw. die Möglichkeit hatte, diese einzusehen.

_____ Datum _____ Unterschrift Patient/Besucher/Begleitperson

Prozessverantwortlicher: Kleiner Krisenstab KHAUG	Freizeichner: Gunnar Schneider (GF)	Freigabedatum: 01.06.2022
---	---	-------------------------------------

Seite 1 von 1