

## Kurzscreening für Besucherinnen und Besucher des Krankenhauses während der COVID-19 Pandemie

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Vor- und Nachname                        |  |
| Adresse                                  |  |
| Telefonnummer                            |  |
| Patientin/Patient                        |  |
| Station/Zimmer Nummer                    |  |
| Datum, Uhrzeit<br>und Dauer des Besuches |  |

### Angaben zu Erkältungssymptomen

|                                                                                                                      | JA | NEIN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Fieber                                                                                                               |    |      |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden                                                                            |    |      |
| Husten                                                                                                               |    |      |
| Atemnot                                                                                                              |    |      |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust                                                                                      |    |      |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust,<br>soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar |    |      |
| Bestehender Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende<br>Vorerkrankung (z.B. Allergie) erklärbar                 |    |      |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem<br>SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?                   |    |      |

### Vom Evangelischen Krankenhaus Wesel auszufüllen

|                                                                                         | JA                               | NEIN                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt                                          |                                  |                                  |
| Schnelltest erfolgt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis | <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> positiv |
| Einlass der Besucherin/des Besuchers ist gewährt                                        |                                  |                                  |

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Besucher/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
Evangelisches Krankenhaus Wesel