

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 und Dauer des Besuches	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

Vom Evangelischen Krankenhaus Wesel auszufüllen

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt		
Einlass der Besucherin/des Besuchers ist gewährt		

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift
Evangelisches Krankenhaus Wesel