

## Kurzscreening für Besuchende während der COVID 19-Pandemie

Temperatur:  < 37,5 °C  ≥ 37,5 °C

### Liebe Angehörige und Besuchende,

aufgrund der aktuellen Infektionsgefahr durch das Coronavirus bitten wir Sie, uns vor Ihrem Besuch folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten.

### Angaben zu Ihrer Person

Vor- und Nachname:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Aufzusuchende* r Bewohner* in:			
Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in:			
Datum:		Uhrzeit von:	bis:

### Angaben zu Erkältungssymptomen

Leiden Sie aktuell oder litten Sie in den letzten 14 Tagen unter folgenden Symptomen?

	JA	NEIN
Fieber bzw. erhöhte Temperatur (37,5°C und höher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer auf Coronavirus positiv getesteten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin über die aktuellen Hygienemaßnahmen zur Besuchsregelung der LVR- Klinik Mönchengladbach informiert, erkläre mich mit diesen einverstanden und stimme der Aufbewahrung meiner personenbezogenen Daten für 21 Tage sowie der Weiterleitung im Rahmen der Corona-Schutzverordnung NRW zu.

### Angaben zur Schutzimpfung

Haben Sie eine Schutzimpfung gegen Covid-19 erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Falls ja, wann?	1.Covid-19 Impfung:	
	2.Covid- 19 Impfung:	

### Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfstatus/Genesung nachgewiesen (Bitte schriftlich eintragen)		

---

 Datum, Unterschrift Besucher\*in

---

 Datum, Unterschrift Einrichtung