

## FM Erstscreening / Besucherschein bzgl. SARS-CoV-2\*

Patient/-in

Begleitperson

Besucher)

\*Die Begleitperson ist nur in Ausnahmefällen (Begleitung von kognitiv eingeschränkten Patienten, bei Sprachproblemen) gestattet.

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Begleitperson vorhanden?</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	Mobilfunk-Tel. Nr:	<b>Name:</b> <span style="color: red;"><b>Schnelltest vom:</b> _____</span> (nicht älter als 24h): <i>Selbsttests sind nicht gültig!</i> <span style="color: red;"><b>PCR-Test vom:</b> _____</span> (nicht älter als 48 h)
<b>Vollständiger Impfstatus:</b>  Genesener/Johnson & Johnson: <b>1-fach-Impfung</b> am: _____ <i>Ab dem 15. Tag nach der Impfung</i>  <b>2-fach-Impfung</b> (Moderna, Astra Zeneca, BioNTech) 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ <i>Ab dem 15. Tag nach Zweitimpfung</i>  (Nachweis: Impfbuch oder Impfzentrum Bescheinigung)	<b>Genesung</b> nach einer COVID-19-Infektion:  Monat der Infektion: _____._____  (Gültigkeit 28 Tage nach Infektionsfeststellung bis max. 6 Monate)  (Nachweis: Genesenenbescheinigung oder PCR-Test)	<b>Besuch auf Station:</b> (max. 1h pro Tag)  Station: _____ Zi: _____  Patient: _____  Uhrzeit: von _____ bis _____

Eine notfallmäßige Behandlung erfolgt immer- unabhängig vom Impfstatus oder Nachweise auf Testung oder Genesung.

	Ja/Yes	Nein/No
1. Hatten Sie in den <b>letzten 24 Std.</b> Fieber, Schüttelfrost, erbrochen oder dünnen Stuhl oder sonstige Symptomatik, die auf COVID-19 hinweisen könnten? <i>Have you had a fever, chills, vomit or thin stools or other symptoms that could indicate COVID-19 in the last 24 hours?</i>		
2. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der <b>letzten 7 Tage</b> Husten, Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen oder Atembeschwerden? <i>Do you currently or did you have symptoms as in coughing, runny nose, sore throat, body aches, difficulty breathing or headache within the last 7 days?</i>		

Bei Bejahung **einer der Punkte unbedingt konsequent gute Basishygiene, MNS und nach Möglichkeit „Face to Face“ Kontakt sehr kurz halten oder vermeiden!** In allen Fällen bekommen Sie direkt an der Anmeldung einen Mundschutz angelegt und werden sofort in ein Behandlungszimmer verbracht.

<b>Datum:</b>	<b>Uhrzeit:</b>
<b>Unterschrift:</b> *Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben! <span style="float: right;">(Unterschrift)</span>	

\*Die erfassten Daten werden von den vorgenannten Stellen längstens 30 Tage aufbewahrt und im Anschluss verworfen.  
 Stand: 28.05.2021

**Röntgendiagnostik** Anfang: \_\_\_\_\_ Uhr      Ende: \_\_\_\_\_ Uhr