

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

Patient/-in     Begleitperson     Besucher     Dienstleister \_\_\_\_\_

\*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>Name:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>PoC-Schnelltest vom:</b> _____ (nicht älter als 24h):	(ggf. Testpoint-Nachweis-Stempel, Handzeichen)
Mobilfunk-Tel. Nr:	<b>0 positiv 0 negativ</b> <b>PCR-Test vom:</b> _____ (nicht älter als 48 h)	
<b>Vollständiger Impfstatus:</b> Genesener/Johnson & Johnson: <b>1-fach-Impfung</b> am: _____ Ab dem 15. Tag nach der Impfung <b>3-fach-Impfung</b> (Moderna, Astra Zeneca, BioNTech) 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. (Boosterimpfung): _____ (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 _____

**Besuchsverbot  
nur in Ausnahmefällen möglich**

Eine notfallmäßige Behandlung erfolgt immer!

	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!**

<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: 26.11.2021

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