KKRN Corona Auskunftsbogen für Besucher

Datum

Ist durch einen Mitarbeiter leserlich in Druckschrift auszufüllen.

Besucherdaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ Wohnort	
Telefonnummer	Bemerkung	

Folgender Patient soll besucht werden:

Name	Vorname	Station

Screeningfragen - Angaben zur Risikoeinschätzung des Besuchers:

Sind Sie eine Kontaktperson eines bestätigten Falles?	ja ☐	nein ☐
Sind Sie eine Kontaktperson zu einem Verdachtsfall?	ja ☐	nein ☐
Sind Sie Rückreiser aus einem ausgewiesenen Risikogebiet?	ja ☐	nein ☐

Haben Sie folgende Symptome?

Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	ja ☐	nein ☐
Fieber	ja ☐	nein ☐
Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckstörung	ja ☐	nein ☐
Husten	ja ☐	nein ☐
Atembeschwerden	ja ☐	nein ☐
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	ja ☐	nein ☐
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Reizdarm, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn)	ja ☐	nein ☐
Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Besuch verändert?	ja ☐	nein ☐

Optional:

Temperaturmessung: _____ °C		
SARS-CoV-2 PoC-Antigen-Test: nein ☐	ja ☐ Ergebnis: negativ ☐	positiv ☐

Hinweis:
Die Erhebung der Daten erfolgt auf Grundlage von §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der Coronavirus-Testverordnung § 4 vom 14.10.2020