

**Fragebogen - COVID-19**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz unserer Patientinnen/ Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter soll das Eintragen oder Verbreiten von Viren SARS-CoV-2 verhindert werden.

Bitte beantworten Sie vor Betreten des Krankenhauses folgende Fragen:

**Ihre Angaben:**

<b>Name:</b> _____	<b>Datum:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	<b>Uhrzeit:</b> _____
Tel. Nr.: _____	<b>Für Besuchende:</b> <b>Welcher Patient wird besucht oder begleitet?</b> Name: _____ Station: _____
Adresse: _____	

Die Erfassung der Daten erfolgt auch zum Zwecke einer eventuell erforderlichen Nachverfolgung, falls eine Person positiv auf SARS-CoV-2 getestet wird (nach den Erfordernissen des IfSG und unter Einhaltung der DSGVO).  
Bitte geben Sie diesen Fragebogen auf der Station ab!

**Testergebnis/ Impfstatus/ Infektionsstatus**

Liegt ein negativer Abstrich vor?	<input type="radio"/> Ja, Antigen-Test (nicht älter als 24 h) <input type="radio"/> Ja, PCR-Test (nicht älter als 48 h)	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?	<input type="radio"/> Ja, 2x, Zweitimpfung vor mehr als 14 Tagen <input type="radio"/> Ja, 2x, Zweitimpfung innerhalb der letzten 14 Tage <input type="radio"/> Ja, 1x	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie bereits eine COVID-Infektion?	<input type="radio"/> Ja, innerhalb der letzten 6 Monate, Erkrankung vor mehr als 28 Tagen <input type="radio"/> Ja, vor mehr als 6 Monaten	<input type="radio"/> Nein

Für Patienten: Bei Aufnahme ist, wenn Sie vollständig geimpft oder von einer COVID-Infektion <6 Monate genesen sind, kein Antigen-Schnelltest mehr nötig. Bitte legen Sie einen Nachweis vor!

**Kontakt**

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem ausländischen Risikogebiet (inklusive Hochinzidenz- oder Virusvarianten-Gebiet)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Für Besuchende: Wenn Sie eine dieser (Kontakt-)Fragen mit Ja beantwortet haben, wird um die Vorlage eines negativen Testergebnisses unabhängig vom Impfstatus oder Genesenen-Status gebeten.

**Symptome**

Haben Sie akute Symptome (z.B. trockener Husten, Fieber, Störungen von Geruchs- oder Geschmackssinn, Durchfall, Erbrechen, Schnupfen)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Bei akuten Symptomen, die einer COVID-Infektion entsprechen können, sind besondere Hygienemaßnahmen erforderlich.  
Für Besuchende: Ein Besuch im Krankenhaus ist nicht gestattet.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vom Personal auszufüllen:**

Es wird bestätigt, dass der geforderte Nachweis zum Testergebnis/ Impfstatus/ Infektionsstatus vorgelegt wurde.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mitarbeitenden - Schleuse/ Empfang