

# Kontrollbogen für BesucherInnen / PatientInnen im Rahmen der Covid-19 Pandemie

HYG\_FB\_Kontrollbogen\_Covid-19\_211021



- Klinikum Haupteingang     Eingang KiKlinik / Herzchirurgie     NA Klinikum     Kreißsaal  
 KHW Haupteingang     KHW Eingang Therapiezentrum     NA KHW     Nachsorge

## PatientIn

mit einem Termin in einer Klinik, Ambulanz oder einem MVZ der Klinikum Bayreuth GmbH

Name: \_\_\_\_\_ Station/Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Datum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

## BesucherIn oder Begleitperson einer Patientin / eines Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

## Grund des Kommens

- Patientenbesuch auf Station
- Patientenbesuch gemäß Ausnahmeregelung auf Station
- Begleitperson einer Patientin/eines Patienten, die/der auf Hilfe angewiesen ist
- Hausbesuch im Rahmen der Nachsorge / Behandlung
- Hausbesuch von Fremdfirmen / Bewerbungsgespräch

## Gesundheitsfragen:

Symptom	Ja	Nein
Plötzlicher Krankheitsbeginn?		
Luftnot in Ruhe oder bei Belastung?		
Fieber?		
Abgeschlagenheit?		
Husten?		
Muskel- oder Gliederschmerzen?		
Halsschmerzen / -kratzen?		
Schnupfen?		
Kopfschmerzen?		
Durchfall?		
Geschmacksstörung?		
Geruchsstörung?		

# Kontrollbogen für BesucherInnen / PatientInnen im Rahmen der Covid-19 Pandemie

HYG\_FB\_Kontrollbogen\_Covid-19\_211021

Stehen Sie derzeit unter <b>Quarantäne</b> ? z.B. wegen Einreisen aus Hochrisiko- oder Virusvariantengebieten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Covid-19 Patienten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, wo?:
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person bei der ein Verdacht auf Covid-19 besteht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, wo?:
Haben Sie in den letzten 14 Tagen fiebersenkende Medikamente / Antibiotika in Verbindung mit einer Erkältungskrankheit genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, welche?:
Waren Sie in den letzten 14 Tagen an COVID-19 erkrankt und standen deshalb unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde bei Ihnen ein Abstrich auf SARS-CoV-2 durchgeführt? (Antigen oder PCR)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, Datum und Ergebnis:
Sind Sie vollständig geimpft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, Datum:
Sonstiges:	

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.**

Wir weisen darauf hin, dass wir aufgrund des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) als Klinikum Bayreuth GmbH dazu verpflichtet sind, im Falle von Falschangaben das zuständige Gesundheitsamt zu informieren.

Die Informationen zu den Betroffenenrechten gem. Art 13 DSGVO im Rahmen meines Besuchs der Klinikum Bayreuth GmbH habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterlagen wurden mir zur Mitnahme angeboten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift BesucherIn / PatientIn

\_\_\_\_\_  
Handzeichen Triagekraft