

Corona-Screening für Patienten

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

bitte tragen Sie Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum ein und beantworten Sie die Fragen auf der linken Seite der Tabelle. Anschließend melden Sie sich bitte mit dem ausgefüllten und unterschriebenen Schein auf Ihrer entsprechenden Station / Ambulanz.

Vielen Dank.

Vor- und Nachname Patient / in

Geburtsdatum

Vom Patient auszufüllen	Von der Station / Ambulanz auszufüllen			
	Ja	Nein	Ja	Nein
Allgemeines Krankheitsgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten (neu in den letzten Tagen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber / Schüttelfrost in den letzten Tagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geruchs- / Geschmacksverlust (neu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt zu Corona-positiven Personen (14 Tage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperaturmessung über 38 °C			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCR veranlasst (bei stationären Patienten)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum, Unterschrift Patient / in

Datum, Unterschrift Station / Ambulanz

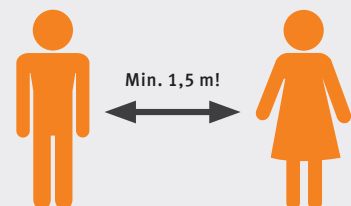
WICHTIGE HINWEISE



Hände bei Betreten des Klinikums desinfizieren.



Mundschutz tragen.



Abstand halten.



851010109099

Schein zur Ablage in Patientenakte.