

COVID-19 Besucherscreening

Katastrophenschutz - Pandemie

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Patientenname _____ Station _____ Zimmer _____

 Husten Ja Nein Fieber Ja Nein

 Atembeschwerden Ja Nein Kopfschmerzen Ja Nein

 Halsschmerzen Ja Nein Gliederschmerzen Ja Nein

 Diarrhoe Ja Nein Schnupfen Ja Nein

 Kontakt zu einem an COVID-19 erkrankten Patienten in den letzten 14 Tagen? Ja Nein

 Verlust von Geschmack und Geruchssinn Ja Nein

 Reiserückkehrer innerhalb der letzten 14 Tage aus einem Risikogebiet laut dem Robert Koch Institut (RKI) Ja Nein

Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift _____

 Kennung: RB-AA-0505 Version: 4.0 Seite 1 von 1 Freigabe: 06.08.2020 ärztl. Ltg. ZNA
 © Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH

COVID-19 Besucherscreening

Katastrophenschutz - Pandemie

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Patientenname _____ Station _____ Zimmer _____

 Husten Ja Nein Fieber Ja Nein

 Atembeschwerden Ja Nein Kopfschmerzen Ja Nein

 Halsschmerzen Ja Nein Gliederschmerzen Ja Nein

 Diarrhoe Ja Nein Schnupfen Ja Nein

 Kontakt zu einem an COVID-19 erkrankten Patienten in den letzten 14 Tagen? Ja Nein

 Verlust von Geschmack und Geruchssinn Ja Nein

 Reiserückkehrer innerhalb der letzten 14 Tage aus einem Risikogebiet laut dem Robert Koch Institut (RKI) Ja Nein

Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift _____

 Kennung: RB-FO-0505 Version: 4.0 Seite 1 von 1 Freigabe: 06.08.2020 ärztl. Ltg. ZNA
 © Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH