



Patientenleitkarte - Screening COVID-19

Datum

Begleitperson - ja

Name, Vorname, Geburtsdatum

Unterschrift

Termin Abteilung

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

1. Fieber oder erhöhte Temperatur ----- ja nein
2. Atemnot oder Husten jeder Art ----- ja nein
3. Atemwegserkrankung (Halskratzen, -schmerzen) ----- ja nein
4. Störungen oder Verlust des Geruchs- / Geschmackssinns ----- ja nein
5. **Kontakt** zu einer an COVID-19 erkrankten Personen ----- ja nein
6. Waren Sie in den **letzten 14 Tagen** in einem **Risikogebiet**? ---- ja nein
7. Hatten Sie in den **letzten 14 Tagen** einen **positiven Corona-Test** oder steht ein Testergebnis noch aus? - ja nein
8. Sind Sie **vollständig geimpft** (15 Tage nach 2. Impfung), **Genesene mit einer Schutzimpfung** oder **Genesene** (Tag 28 bis 6 Monate nach der Covid-Infektion)? ----- ja nein

Das Verschweigen von relevanten Informationen, das Nichteinhalten von Quarantäneauflagen sowie Falschangaben zu Ihrem Corona-Infektionsstatus können strafrechtliche Folgen haben!

**Vom
Screening-
personal
auszufüllen**

Alle Fragen (1 bis 7) mit „nein“ beantwortet:

**Kein Verdacht auf
respiratorischen Infekt**

Wenn **1** oder mehr Fragen (1 bis 7) mit „ja“ beantwortet:

**Verdacht auf
respiratorischen Infekt**
RS 6250 / 6251