

Selbstauskunftsbogen für Besucher – SARS- CoV-2

Nach Dritter Thüringer Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO)

(Auflage Gesundheitsamt Aufbewahrungsfrist 14 Tage, dann Aktenvernichtung)



ELISABETH KLINIKUM
SCHMALKALDEN GMBH

Das Betreten und der Aufenthalt in der Klinik ist nur mit Mund-Nasen-Schutz erlaubt.

Personen **unter 16 Jahren** ist der Zutritt **nicht gestattet!**

BITTE GUT LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND ZUTREFFENDES MARKIEREN

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

ADRESSE:

.....

TELEFONNUMMER:

DATUM: Ankunft Klinik: Uhr

Verlassen der Klinik: Uhr

HABEN SIE AKTUELL:

- TROCKENEN HUSTEN ja nein

- KOPF- und GLIEDERSCHMERZEN ja nein

- ÜBELKEIT; DURCHFALL ja nein

- SCHÜTTELFROST ja nein

- VERLUST DES GERUCHS- und GESCHMACKSINNES ja nein

- FIEBER ja nein
falls ja °C

Gemessene Körpertemperatur bei Zutritt: °C

Sind Sie ein Reiserückkehrer? (seit dem 09.03.2020) ja nein

falls ja, von wo:

Hatten Sie Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiv getesteten Person oder ja nein

haben Sie sich mit einer solchen am selben Ort aufgehalten?
falls ja, mit wem?:

Arbeiten Sie in einer Pflegeeinrichtung/Arztpraxis/Krankenhaus? ja nein

falls ja, gab es dort in der letzten Zeit eine Häufung an Lungenentzündungen?

aktuell ja nein

Sind Sie selber auf SARS – CoV2 getestet ja nein

wann:

Befund: pos./neg.

Bitte wenden!

Verantwortlicher: HFK	Freigeber: Ärztlicher Leiter	Freigabedatum: 13.05.2020	Dokumenten-Code: EKSM-FO-01-6172	Seite 1 von 2
--------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	---------------

Selbstauskunftsbogen für Besucher – SARS- CoV-2

Nach Dritter Thüringer Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO)

(Auflage Gesundheitsamt Aufbewahrungsfrist 14 Tage, dann Aktenvernichtung)



ELISABETH KLINIKUM
SCHMALKALDEN GMBH

Wen besuchen Sie in der Klinik?

STATION: ZIMMER:

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

AUSFÜLLEN VOR VERLASSEN DER KLINIK

Lag der Besuchte alleine im Zimmer: ja nein

Unterschrift des Besuchers:

Mitpatient im Zimmer (auszufüllen von Mitarbeiter der Rezeption)

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

Verantwortlicher: HFK	Freigeber: Ärztlicher Leiter	Freigabedatum: 13.05.2020	Dokumenten-Code: EKSM-FO-01-6172	Seite2 von 2
--------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	--------------