

COVID-19-Checkliste KKB für Besucher / Begleitpersonen

Vorname: _____ Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefonnummer: _____

Name des Patienten der besucht/begleitet wird: _____

Abteilung: _____ Station: _____ Ambulanz: _____

Temperatur bei Zutritt Klinikum: _____

1. Haben Sie aktuell oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage folgende Beschwerden?

1.1. Fieber, erhöhte Temperatur Ja nein

1.2 Grippale Beschwerden Ja nein
(z.B. Schnupfen, Hals-, Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl)

1.3 Husten oder Luftnot? Ja nein

1.4 Durchfall oder Erbrechen? Ja nein

1.5 Geschmacks- oder Riechstörungen? Ja nein

2. Expositionsrisiko:

2.1 Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem internationalen COVID-19-Risikogebiet (gemäß Definition Robert-Koch-Institut)? Ja nein

2.2 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person? Ja nein

2.3 Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Datum)

Datum: _____

Unterschrift

Bogen bitte ausgefüllt mitnehmen und auf der Station / Ambulanz dem Personal übergeben!

Station: Weitere Kontaktpersonen: < 2 m Abstand (ohne Trennscheibe) oder >15 Minuten in einem Raum:

Name	Funktion (z.B. Arzt/Pflege/MFA/Patient)	Dauer des Kontaktes	Art des Kontaktes

Papierbogen einscannen und digital der Patientenakte des besuchten Patienten hinzufügen und / oder in die Patientenakte abheften!