



COVID-19 _ Screeningkarte Besucher

Schutz- und Sicherheitssysteme

Lfd.
Nr.:

Vorname Name _____

Adresse _____

Tel. (mobil) _____

Patientenname _____

Zimmer _____

Husten

Ja

Nein

Temperatur _____

°C (< 37.5°)

Atembeschwerden

Ja

Nein

Kopfschmerzen

Ja

Nein

Halsschmerzen

Ja

Nein

Gliederschmerzen

Ja

Nein

Durchfall

Ja

Nein

Schnupfen

Ja

Nein

Verlust von Geschmack und Geruchssinn

Ja

Nein

Kontakt zu einem COVID-19-positiven Menschen in den letzten 14 Tagen?

Ja

Nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum, Uhrzeit:

Unterschrift Besucher:

Unterschrift Mitarbeiter: