

Erhebungsblatt Screening

KS_ÄD_CL_004

Geltungsbereich: UK Krems

Version 09_ gültig ab: 09.11.2021

08.11.2021, 17:00 Uhr

Seite 1 von 1

Name: _____

1. Vom Patienten auszufüllen:

Datum:/..../20.. Uhrzeit: :

Grund Ihres Kommens:

- Unfall/Notfall/Erstversorgung
- stationärer Aufenthalt
- geplanter Ambulanzbesuch mit Termin
- weitere

Trifft auf Sie die 3G Regelung zu?

- Genesen ja _____(MM/JJ) nein
- Geimpft ja _____(MM/JJ) nein
- Getestet ja _____(MM/JJ) nein

Leiden oder litten Sie an Infektsymptomen (Husten, Fieber, Durchfall, Atemnot, Geruchs-/Geschmacksveränderung, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit)?

- ja nein

Hatten Sie wissentlich in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer COVID19-positiven Person?

- ja nein

Gab es in Ihrem häuslichen Umfeld in den letzten 10 Tagen erkrankte bzw. symptomatische Personen?

- ja nein

2. Vom Screening-Personal (ausgenommen Rotes Kreuz Krems, Herzogenburg, Langenlois) auszufüllen:

Temperatur (nur bei klinischer Symptomatik):

Stempel / Handzeichen: