Eintrittsbefragung Datum: 16.11.2020

**Auskunft zu möglichen Infektionen vor dem Betreten des Hauses**

Aufgrund behördlicher Empfehlungen sind wir verpflichtet dafür Sorge zu tragen, das Risiko für unsere Einrichtungen zu minimieren und Personen zu ihrem Gesundheitszustand zu befragen, bevor sie unsere Einrichtung betreten.

Personen, welche in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem Menschen hatten, welcher an Covid-19 erkrankt war oder selbst aktuell an grippeähnlichen Symptomen oder Durchfällen leiden, dürfen unsere Einrichtung nicht betreten.

**Bitte beantworten Sie vor dem Betreten unserer Einrichtung folgende Fragen:**

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt für mehr als 15 min (ohne Nasen-Mundschutz) zu einer Person mit einer grippeähnlichen Erkankung?

Ja O Nein O

1. Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem Menschen gehabt, der an COVID-19 erkrankt war oder bei dem dieser Verdacht besteht?

Ja O Nein O

1. Arbeiten Sie in einer Einrichtung (Pflegeheim, betreutes Wohnen, Krankenhaus), in der in den letzten 14 Tagen gehäuft fieberhafte Erkrankungen mit Beteiligung der Atemwege aufgetreten sind

oder

haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Gebiet aufgehalten, in dem gehäuft COVID-19 Erkrankungen aufgetreten sind?

Ja O Nein O

1. Haben Sie grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen, Gliederschmerzen) und/oder Durchfall und/oder Riech- oder Geschmacksstörungen?

Ja O Nein O

Ich versichere, dass ich wahrheitsgemäße Angaben gemacht habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname in Druckbuchstaben Anschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Auswertung**

Antwort auf Frage Zutreffendes ankreuzen

* Alle Fragen „Nein“ 🡪 Zugang möglich O
* **Patient\*in / Besucher\*in / Lieferant mit** **chirurgischem   
  Mund- und Nasenschutz ausstatten**
* 1) „Ja“ **UND** 4) „Nein“ 🡪 Zugang möglich O
* **Patient\*in / Besucher\*in / Lieferant mit chirurgischem   
  Mund- und Nasenschutz ausstatten**
* 2) - 3) „Ja“ 🡪 Zugang nur nach vorheriger ärztlicher Einschätzung O
* 4) „Ja“ 🡪 **kein** Zugang zum Krankenhaus, O  
   ausser zur medizinischen Versorgung, dazu Beachtung der internen Regelung   
   bei der Aufnahmen von Covid-19 Verdachtsfällen.

**Hinweise**

**Bei ambulanten und vorstationären Patient\*innen** ist bei einer Nichtgewährung des Zutritts der entsprechende Chefarzt oder Oberarzt der Klinik zu informieren.

* Bei Frage 2) oder 3) “Ja“ entsprechenden Chefarzt oder Oberarzt der Klinik informieren
* **Hinweis auch an angegliederte MVZ`s oder Institute**
* **Bei Besuchern mit Symptomen (Frage 4 = „Ja“), anbieten, sich in der NFA vorzustellen (bitte Zugang NFA von außen, nicht durch das Krankenhaus, vorherige telefonische Anmeldung NFA) oder Hinweis, sich bitte an Hausarzt zu wenden.**

Auswertung durchgeführt von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift