

## KURZSCREENING FÜR BESUCHER IN DEN HÄUSERN DER MÜHLENKREISKLINIKEN

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

Aufzusuchende/r Patient/in:

---

Zimmernummer des/der Patient/in:

---

Standort:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Johannes Wesling Klinikum Minden | <input type="checkbox"/> Krankenhaus Rahden                   |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bad Oeynhausen       | <input type="checkbox"/> Auguste-Viktoria-Klinik              |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Lübbecke             | <input type="checkbox"/> Med. Zentrum f. Seelische Gesundheit |

Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:

---

### Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und / oder Schluckbeschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust (soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen (soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer SARS-CoV-2 positiven Person?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Von der Einrichtung auszufüllen

Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine Körpertemperaturmessung vorgenommen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt Fieber über 37,5 Grad vor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

---

Datum, Unterschrift Besucher/in

---

Datum, Unterschrift Einrichtung