



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrter Besucher,

Um das Risiko einer Infektion mit dem neuartigen SARS-CoV-2 Erreger bei unseren Patienten und Besuchern bewerten zu können, brauchen wir Ihre Mithilfe.  
Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

Ich leide aktuell an

- Husten, Halsschmerzen, Luftnot,
- Schnupfen, Gliederschmerzen, Fieber,
- Geruchs- oder Geschmacksstörungen,
- Kopfschmerzen
- Durchfall

bitte ja ankreuzen, wenn mindestens eines dieser Symptome bei Ihnen besteht.

**JA**                       **NEIN**

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall

**JA**                       **NEIN**

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem COVID-19 Verdachtsfall, bei dem dieser Verdacht noch nicht sicher ausgeschlossen wurde

**JA**                       **NEIN**

Ich hatten in den letzten 14 Tagen engeren Kontakt zum einem Erkrankten mit Erkältungssymptomen (unbekannter Ursache)

**JA**                       **NEIN**

Aufgrund behördlicher Vorgaben führen wir bei allen Patienten, die zur stationären Aufnahmen kommen, einen tiefen Abstrich aus Nase und Rachen auf SARS-CoV-2 (Corona-Virus) durch. Ein positiver Virusnachweis ist meldepflichtig. Dieser Screeningbogen wird aus Gründen der Nachverfolgbarkeit von Infektionen archiviert und bei Personen, die nicht Patienten sind, nach 3 Monate vernichtet.

**Name:**

**Datum:**

**Anlass für den Aufenthalt im Israelitischen Krankenhaus:**  **Patient/in**

**Besucher/Lieferant**

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

Dr. med. Ulrich Rosien  
Leiter der Hygienekommission