

## kbo-Screeningbogen SARS-Covid-19 - Empfang Klinikum

- Patient Tagesklinik (5b oder gen.Tagesklinik)..... Screening Risikofaktoren (Tests auf Station)
- Termin in der Ambulanz..... 3G-Regel und keine Risikofaktoren
- ambulante Gruppentherapie..... 3G-Regel und keine Risikofaktoren
- Besucher, Begleitperson, SupervisorIn..... 3G-Regel und keine Risikofaktoren
- Richter, Amtspersonen u.a..... 3G-Regel und keine Risikofaktoren

		Station	<input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 4c <input type="checkbox"/> 5b <input type="checkbox"/> 5c <input type="checkbox"/> gen. Tagesklinik
Name Vorname		Sonstiges Ziel	
Adresse		Datum	
Telefon		Uhrzeit	von.....bis.....

JA	NEIN	3G-Regel: <u>Getestet</u> oder <u>Geimpft</u> oder <u>Genesen</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis negatives Testergebnis</b> (Befund z.B. von Apotheken, Arztpraxen oder Testzentren) <input type="checkbox"/> negativer PCR-Test (-48h) Datum.....Uhrzeit..... <input type="checkbox"/> negativer Antigen-Schnelltest (-24h) Datum.....Uhrzeit..... <input type="checkbox"/> negativer angeleiteter Selbsttest am Empfang Datum.....Uhrzeit.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis vollständige Impfung</b> (ab Tag 15 nach der abschließenden Impfung) Impfstoff: ..... <input type="checkbox"/> 1. Impfung am ..... <input type="checkbox"/> 2. Impfung am ..... <input type="checkbox"/> <b>Corona-Impfnachweis digital geprüft</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis Genesung</b> von einer COVID-19-Infektion <input type="checkbox"/> positive PCR/Quarantäneanordnung: > 28 Tage aber < 6 Monate zurückliegend <input type="checkbox"/> positive PCR/Quarantäneanordnung: > 6 Monate zurückliegend + 1 Impfung am.....
JA	NEIN	Risikofaktoren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatur $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ? <b>aktuelle Temperatur:</b> ..... $^{\circ}\text{C}$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Husten, Schnupfen, Hals-, Kopf-, Gliederschmerzen oder Atemnot?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine akute Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinns?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu Corona-Patienten? Stehen Sie unter Quarantäne?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommen Sie aus einer Einrichtung/Station einer Klinik o.ä. <b>mit</b> bestätigten Corona-Fällen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In den letzten 10 Tagen Aufenthalt in einem (Hoch-)Risikogebiet, Virusvariantengebiet ?

Hiermit bestätige ich, dass

- meine o.g. Angaben korrekt sind
- ich mich an die gesetzlichen Vorgaben der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung und an die Vorgaben der Klinik halte:
  - Einhaltung eines Mindestabstands von 1,5 m
  - Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske
  - konsequente Händedesinfektion

Bei Nichteinhaltung der Regeln, muss das Besuchs-/Aufenthaltsrecht zum Schutz der Patienten sofort entzogen werden.  
Die Datenerfassung der Besucher erfolgt auf Basis der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung des Freistaates Bayern. Die Daten werden nach Außerkraftsetzung des Rechtsaktes unverzüglich gelöscht, sofern keine neue weitere gesetzliche Verpflichtung zur Speicherung erfolgt.

---

Unterschrift Unterschrift Mitarbeiter Klinikum/kbo