



**Brüderkrankenhaus
St. Josef Paderborn**



**St.-Marien-Hospital
Marsberg**

Patientenaufkleber

Datum: _____

Name der Begleitperson: _____

C H E C K L I S T E zur Risikoeinschätzung einer SARS-CoV-2 Übertragung

1. Wurde eine Testung auf SARS-CoV-2 (COVID-19, Coronavirus) durchgeführt und eine Infektion nachgewiesen?

Ja, am _____ (Datum)

Ergebnis: SARS-CoV-2 nachgewiesen SARS-CoV-2 **nicht** nachgewiesen

Nein

2. Bestand bekannter Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person oder an COVID-19/ Coronavirus erkrankten Person innerhalb der letzten 14 Tage?

Ja

Nein

3. Bestehen folgende Symptome, die den letzten 14 Tagen **neu aufgetreten** sind?

Fieber (über 37,5°C) Ja Nein

Husten Ja Nein

Halsschmerzen Ja Nein

Erkältungszeichen, wie Kopf- und Gliederschmerzen Ja Nein

Verlust des Geruchs-, Geschmackssinn Ja Nein

Luftnot Ja Nein

Durchfall, Erbrechen Ja Nein

4. Fand ein Aufenthalt oder Besuch in einem Pflegeheim / Altenheim / in einer Behinderteneinrichtung oder in einer anderen Klinik oder einem Risikogebiet im Ausland in den letzten 14 Tagen statt?

Ja

Nein

Hinweis zum Datenschutz: Die vorgehenden von Ihnen angegebenen Daten verarbeiten wir lediglich für den Zweck der Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der Covid-19 Pandemie. Ihnen stehen jederzeit die gesetzlich normierten Betroffenenrechte der § 17 bis 23 KDR-OG zu (insb. das Recht auf Auskunft und Löschung). Die vollständigen Datenschutzinformationen zur Erhebung der Daten im Rahmen von Covid-19 finden Sie an der Informationszentrale in der Eingangshalle.

UNTERSCHRIFT: _____