

## Gesundheitsscreening zur Verhinderung einer SARS-CoV-2-Infektion

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Patient\*innen und Mitarbeitenden im LVR-Klinikum Essen sicherzustellen. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise, um die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion durch das neue SARS-CoV-2 Virus abzuschätzen.

Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 37,5 Grad)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretenen Husten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretenen Schnupfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Gelenk- und/oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie seit weniger als 1 Woche Durchfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der das Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das Corona-Virus (COVID-19) besteht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland verreist? falls „Ja“, was war Ihr Reiseziel? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie erfüllen die 3G-Regel (ein G muss erfüllt sein) <b>Getestet</b> - tagesaktueller Nachweis über einen negativen SARS-CoV-2 Antigen Test liegt vor (Testergebnis liegt vor, maximal 48 Stunden alt). <b>Geimpft</b> - Vollständige Immunisierung/Impfung liegt vor (Impfausweis vorlegen) <b>Genesen</b> - COVID-19-Infektion innerhalb der letzten sechs Monate (Befund vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Aktuelle  
Körpertem-  
peratur

Ich wurde auf § 13 DSGVO hingewiesen und aufgeklärt. Nach der CoronaSchVo wird dieses Dokument vier Wochen aufbewahrt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / befragte Person

Sollten Sie innerhalb der nächsten 14 Tage einen positiven SARS-CoV-2-Befund erhalten, melden Sie dies bitte umgehend an [yasemin.korkmaz@lvr.de](mailto:yasemin.korkmaz@lvr.de) UND [petra.hermanns@lvr.de](mailto:petra.hermanns@lvr.de).