***C h e c k l i s t e SARS–CoV–2 („Coronavirus“)***

*Auf Grundlage §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit §65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV), erließ das* ***Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*** *zum 14.02.2020 eine* ***Allgemeinverfügung*** *(Az. G51b-G8000-2020/122-56)* ***zur Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.***

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre

Unterschrift zu bestätigen.

**🌕 PatientIn**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🌕 Elternteil**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hatten Sie einen Aufenthalt in den letzten 2 Wochen außerhalb Ihres Wohnorts?**

🌕 NEIN 🌕 JA → Wann und Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit Verdacht auf „Coronavirus“-Infektion bzw. bekannter Infektion?**

🌕 NEIN 🌕 JA

**Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Wochen ein Abstrich auf „Coronavirus“-Infektion durchgeführt?**

🌕 NEIN

🌕 JA → Warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

´

Wann kommt das Ergebnis? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beurteilung durch Klinikpersonal bei Erstkontakt:**

🌕 Fieber (gemessene Temperatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

🌕 Husten

🌕 Schnupfen

🌕 Kurzatmigkeit/ Atembeschwerden

Datum Unterschrift