

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie unten aufgeführte Fragen. Das ausgefüllte Formular gilt als Eintrittsausweis für die Universitätsmedizin Mainz. Diese Form der Zugangskontrolle dient Ihrem und dem Gesundheitsschutz Ihrer Mitmenschen. Wenn Sie eine Begleitperson benötigen, ist ein separates Formular auszufüllen und mitzubringen. Gerne können Sie das Formular zum Schutz Ihrer persönlichen Daten an den markierten Stellen falten.

Auszufüllen vom Patienten

<input type="checkbox"/> ambulanter Termin (auch vor/nachstationär/TK/MVZ/ APC/Ärztliche Bereitschaftspraxis)	In welcher Klinik/Ambulanz? _____
<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme	Name: _____
→ Abstrich erfolgt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____

Auszufüllen von Besuchern/Begleitpersonen

<input type="checkbox"/> Besucher*in Bitte beachten: Abgabe dieser Checkliste auf der Station des Patienten (Besuchsdauer: 1 h)	<input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Begleitperson Bitte beachten: Abgabe dieser Checkliste am gleichen Ort wie die des Patienten	<input type="checkbox"/> Elternteil minderjährige Kinder
		<input type="checkbox"/> Partner*in Geburt
		<input type="checkbox"/> Besuch Palliativpatient
Name: _____		Name, Vorname und Geburtsdatum Patient: _____ _____ _____
Vorname: _____		
Geburtsdatum: _____		
Straße: _____		
PLZ, Wohnort: _____		
Telefon: _____		

COVID-19 Abfrage (IMMER auszufüllen)

Standen Sie in den letzten Wochen unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wann? _____
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen außerhalb Deutschlands aufgehalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wo? _____
Haben Sie aktuell Symptome?	
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Starke Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	
<input type="checkbox"/> Geruchs- oder Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Starkes Müdigkeits-/Krankheitsgefühl	
<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Thoraxschmerzen	
<input type="checkbox"/> keine der oben aufgeführten	
Nehmen Sie aktuell fiebersenkende Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Falschangaben sind ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewährt und können nachverfolgt werden.

Datum _____

Unterschrift Patient*in/Begleitperson/Sonstige _____