

 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<b>Personen Registerierung</b>	Ansprechpartner: Hygienemanagement	
Geltungsbereich: AK St. Augustin	<b>Formular</b>	411912	Hygienemanagement

**Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaSchVo), Fassung 17.10.2020, Erlass MAGS NRW,  
§5 stationäre Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (2)**

- Personen, die die Asklepios Kinderklinik St. Augustin betreten, müssen Angaben zur Person und ihrem Gesundheitszustand machen.
- Ein Erziehungsberechtigter darf sein Kind in die Klinik zur stationären Aufnahme oder zu einem ambulanten Termin begleiten. Ausnahmen müssen vorab bei der Terminierung besprochen und dokumentiert werden.
- Patienten mit Erkältungssymptomen dürfen nicht im Wartebereich warten, sondern müssen in einen separaten Raum warten.

**Alle Personen müssen bei Betreten des Krankenhauses:**

- Abstandsgebot einhalten, Mund-Nasen Bedeckung tragen
- eine Temperaturmessung tolerieren
- die aktuellen Hygienevorgaben der Klinik berücksichtigen (Aushänge)
- eine Händedesinfektion durchführen
- versichern, dass sie akut keine Erkältungssymptome haben
- Angaben über Kontakte mit Coronainfizierten oder -Kontaktpersonen machen
- Angaben über Reisetätigkeiten machen

---

**Für die Registrierpflicht sind folgende Angaben erforderlich:**

Patient: Vorname                                      Name                                      Station/ Amb.                                      Temperatur

---

Erziehungsberechtigter:                                      Name                                      Temperatur

Haben Sie: Fieber, Husten, Niesen, Halsschmerzen?                                      Ja                                       nein

Hatten Sie Kontakt zu einem mit Corona Infizierten?                                      Ja                                       nein

Wurden Sie Corona positiv getestet?                                      Ja                                       nein

Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem Risikogebiet?                                      Ja                                       nein

**Ich bestätige durch Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben**

Datum                                      Uhrzeit                                      Unterschrift

---

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort                                      Telefonnummer

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Rezeption ab. Nach 4 Wochen werden Ihre Angaben unter Einhaltung des Datenschutzes vernichtet. Wir danken ganz herzlich im Namen unserer kranken Kinder!

**Frau Prof. Dr. Martina Messing-Jünger**  
*Direktorin Zentrum für operative Medizin*

**Prof. Dr. Gerd Horneff**  
*Ärztlicher Direktor*