

Alle Personen, die weder am UKT noch bei der U.D.O.- oder im Rettungsdienst-Einsatz beschäftigt sind, müssen diesen Fragebogen ausfüllen. Dieser Bogen ist während des Aufenthalts am UKT mitzuführen sowie von Patientinnen und Patienten im Zielbereich am UKT dem ärztlichen Personal/ Pflegepersonal vorzuzeigen.

|                                       |                |                     |
|---------------------------------------|----------------|---------------------|
|                                       |                |                     |
| <b>Name</b>                           | <b>Vorname</b> | <b>Geburtsdatum</b> |
|                                       |                |                     |
| <b>Ziel (Abteilung/Klinik) im UKT</b> |                |                     |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>ICH BIN:</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Patient/-in  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Begleitperson  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Besucher/in  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Außendienstbeschäftigte, Handwerker, Lieferanten, Studierende, Bewerber,...)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TELEFONNUMMER:</b><br>Bei Besucher/innen und Begleitpersonen   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>Wird durch die UKT Einlasskontrolle ausgefüllt!</b>  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>                                | <b>Status GEIMPFT bestätigt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zwei Impfungen mit Biontech, AstraZeneca oder Moderna oder 1 Impfung mit Johnson &amp; Johnson + jeweils 14 Tage.</li> <li>Eine Impfung mit Biontech, AstraZeneca oder Moderna und positiver PCR-Nachweis &gt;14 Tage.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/>                                | <b>Status GENESEN bestätigt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Positiver PCR-Nachweis mind. 28 Tage, höchstens 6 Monate alt.</li> </ul>  |
| Stempel, Datum und Unterschrift<br>der Einlasskontrolle |   |

| <b>FRAGEBOGEN</b>   | <b>NEIN</b>              | <b>JA</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer an Corona erkrankten Person oder sind Sie selbst in häuslicher Quarantäne?</b>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für betreutes Wohnen?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hatten Sie in den letzten 10 Tagen mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Gliederschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → 4 x „NEIN“: keine weiteren Maßnahmen<br>→ Mind. 1 x „JA“: Separierung von anderen Wartenden/Patienten, ggf. Corona-Abstrich                         |                          |                          |

|   |                     |                     |  |
|---|---------------------|---------------------|--|
| Meine Angaben entsprechen der Wahrheit. Ich weiß, dass ich bei falschen Angaben mit zivilrechtlichen und strafrechtlichen Schritten des Universitätsklinikums Tübingen zu rechnen habe. |                     |                     |  |
| <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;"><b>Datum</b></td> <td style="width:33%;"><b>Unterschrift</b></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table>                   | <b>Datum</b>        | <b>Unterschrift</b> |  |
| <b>Datum</b>  | <b>Unterschrift</b> |                     |  |

**Spätestens nach einer Woche ist der Laufzettel zu erneuern.**

Die Risikobewertung muss ständig auf Nachfrage vorgezeigt werden können und ist nicht übertragbar.

| Risikobewertung zu Folgeterminen am UKT |   |
|---|---|
| Datum / Stempel                         | Änderung zur Seite 1  |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |
|   | <div style="background-color: #d9ead3; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"><input type="checkbox"/> Nein</div> <div style="background-color: #f4cccc; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ja</div> |

- ➔ 4 x „NEIN“: keine weiteren Maßnahmen
- ➔ Mind. 1 x „JA“: Separierung von anderen Wartenden/Patienten, ggf. Corona-Abstrich