



Corona-Kurzfragebogen Kinderchirurgie (A)

Patientendaten:
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Telefon:
Station / Ambulanz:

Bezugsperson / Kontaktperson:
Name, Vorname:
Telefon:
E-Mail:

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern, liebe Besucher,

um Patienten und Personal der aktuellen Situation entsprechend vor einer Infektion mit dem Corona-Virus zu schützen und einer weiteren Ausbreitung entgegenzuwirken, wenden wir uns mit folgender Bitte an Sie: Wenn Sie mit Ihrem Kind einen Termin in unserer Ambulanz haben, bitten wir Sie, dringend vorab folgende Fragen zu beantworten:

- 1) Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind in den letzten 14 Tagen Symptome einer akuten Infektionskrankheit (Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Fieber, Muskel-/Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Durchfall oder Übelkeit/Erbrechen, Störung von Geruchs- oder Geschmackssinn? (Zutreffendes bitte unterstreichen)
 JA NEIN
- 2) Hatten Sie oder Ihr Kind in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person?
 JA NEIN
- 3) Sind Sie oder Ihr Kind in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet (Ausland) gewesen bzw. von dort zurückgekehrt?
 JA NEIN
- 4) Befinden Sie oder ein Haushaltsmitglied sich aktuell in einer vom Gesundheitsamt angeordneten Quarantäne?
 JA NEIN

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „JA“ beantworten, nehmen Sie bitte unbedingt **vorab** – d.h. bevor Sie den Weg in die Klinik antreten – Rücksprache mit uns, über (Email: kch-cm@ukdd.de), auf. Wenn Fragen mit „NEIN“ beantwortet werden, bringen Sie diesen Bogen bitte ausgefüllt zum Vorstellungstermin mit. Bitte beachten Sie auch, dass für den Ambulanzbesuch Ihres Kindes derzeit nur **eine** Begleitperson zugelassen ist.

- 5) Wurde bei Ihnen oder Ihrem Kind in der Vergangenheit eine Covid-19-Erkrankung nachgewiesen?
 JA, am: _____* NEIN
- 6) Haben Sie oder Ihr Kind bereits eine Corona-Impfung erhalten?
 JA 1. Impfung am: _____ NEIN
2. Impfung am: _____**
- 7) Wurde bei Ihnen oder Ihrem Kind vor Kurzem ein Corona-Test durchgeführt?
 JA 1. PCR-Test am: _____ NEIN
2. Antigen-Schnelltest am: _____***

* Nachweis durch Vorlage der Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder Ihres Kinder-/ Hausarztes
** Nachweis durch Vorlage des Impfpasses (analog oder digital)
*** Nachweis durch Vorlage des Dokumentes eines Corona-Testzentrums. Ein sog. „Selbsttest“ ist nicht ausreichend!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten:

Ort, Datum:

Datenschutz: Entsprechend der Sächsischen Corona-Schutzverordnung sind wir verpflichtet, Ihre Kontaktdaten aufzunehmen, um eventuelle Infektionsketten nachverfolgen zu können. Ihre Daten werden datenschutzkonform behandelt und ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Die Aufbewahrungsfrist beträgt 30 Tage.



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Medizinischer Vorstand, Sprecher)
Frank Ohi (Kaufmännischer Vorstand)

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. G. Brunner

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DE FF 850

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLADEM1001

USt-IDNr.: DE 140 135 217
USt-Nr.: 203 145 03113