



Kaiserswerther Diakonie

Alte Landstraße 179
40489 Düsseldorf
Telefon 0211 409-0
Fax 0211 409-2111
info@kaiserswerther-diakonie.de
www.kaiserswerther-diakonie.de

Kuratoriumsvorsitzender
Georg Kulenkampff

Vorstand
PfarrerIn Ute Schneider-Smietana
Dr. Holger Stiller

**Florence-Nightingale-Krankenhaus
Klinik für Kinderheilkunde**

Kreuzbergstraße 79
40489 Düsseldorf
Telefon 0211 409-0
Fax 0211 409-2111

Chefarzt
Dr. med. Martin A. Berghäuser
Telefon 0211 409-2312
berghaeuser@kaiserswerther-
diakonie.de

Chefarztsekretariat
Elisabeth Tausendfreund
Telefon 0211 409-2312
tausendfreund@kaiserswerther-
diakonie.de

Leitender Oberarzt
Holger Freymann
Telefon 0211 409-2330
freymann@kaiserswerther-diakonie.de

*Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Oberärztin*
Martina Schrödter
Telefon 0211 409-2350
spz-patienten@kaiserswerther-
diakonie.de

Wir sind zertifiziert

- *Zertifiziertes QM-System
DIN EN ISO 9001:2015*
- *Ausgezeichnet. FÜR KINDER
2020-2021*

Bank für Kirche und Diakonie
IBAN:
DE89 3506 0190 1010 4071 48
BIC: GENODED1DKD

Screeningfragebogen für SPZ-Patienten

Liebe Eltern und Bezugspersonen,

bitte füllen Sie diesen **Bogen zutreffend für den Tag der Untersuchung** aus.

Sollte die Beantwortung der Fragen Hinweise auf einen **Kontakt zu COVID-19** oder eine **Infektion der Atemwege** geben, so setzen Sie sich *spätestens* am Morgen des Untersuchungstages mit unserem Sekretariat in Verbindung, damit wir das weitere Vorgehen besprechen können (Tel. 0211-409-2350 oder per e-mail: spz-patienten@kaiserswerther-diakonie.de)

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Ihr Kind oder die Begleitperson aktuell eines oder mehrere der folgenden Symptome?

- Fieber und/oder Schüttelfrost**
- (trockener) Husten**
- Halskratzen**
- Atemnot**
- Schnupfen**
- Andere (Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen, Durchfall, Geruchs- oder Geschmacksverlust)**
- Keines der obigen Symptome liegt vor!**

Hatten Ihr Kind oder die Begleitperson in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einer auf COVID-19 positiv getesteten Person?

Ja **Nein**

Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum

Unterschrift / dahinter bitte den Namen in Druckbuchstaben