



#### 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](mailto: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**

**Bitte wenden !**



**Sind Sie geimpft, genesen oder getestet (gültiger Nachweis erforderlich)?**

- Bezugsperson/en:  ja  nein

**Name, Vorname der Bezugsperson/en, dahinter die Beziehung zum Kind**  
(Mutter oder Vater oder Begleitperson oder Dolmetscher, etc.):

---

---

- Kind / Patient  ja  nein

***Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:***

---

Datum

Unterschrift / dahinter bitte den Namen in Druckbuchstaben