

Angaben zum Besuch bei/auf:

Name, Vorname (Patient/in): _____
Station: _____

Angaben zum/zur Besucher/in:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

um eine Ausbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) zu verhindern, wollen wir vermeiden, dass mögliche Infektionen in das Krankenhaus getragen werden.

Wir bitten Sie um Einhaltung unserer Vorsichtsmaßnahmen und Hygieneregeln:

- Bitte tragen Sie einen Mund-Nasen-Schutz ab dem Betreten bis zum Verlassen der Gebäude.
- Desinfizieren Sie sich bitte die Hände und wahren Sie mindestens 1,5 Meter Abstand.

Jeder Besucher muss sich über dieses Formular registrieren.

Aus diesem Grund bitten wir Sie um folgende Angaben (ankreuzen):

		JA	NEIN
1.	Waren Sie in den vergangenen 14 Tagen urlaubs- oder arbeitsbedingt verreist oder wohnen bzw. arbeiten Sie in einem Risikogebiet? Falls JA, wo? _____		
2.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen der Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ durch Labortests bestätigt wurde?		
3.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen ein begründeter Verdacht auf den Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ besteht?		
4.	Eine Corona-Infektion äußert sich durch grippeähnliche Symptome, wie: trockener Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen, Durchfall, Geschmacksverlust, Geruchsverlust und Abgeschlagenheit, ggf. Atemnot. Leiden Sie an einem dieser genannten Symptome? Falls JA, welches? _____		

Ich erkläre ausdrücklich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Über die Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben wurde ich unterrichtet.

Datum:

Besuchszeit:

Unterschrift Besucher/in

Unterschrift (Personal)