

Selbstauskunft für Besucher während der COVID-19 Pandemie - ab 24.06.2021

Allgemeine Angaben zur eigenen Person **(bitte in Druckbuchstaben und lesbar ausfüllen!)**

Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail Adresse:	
Aufzusuchende/r Patient/in: Vollständiger Name/Geburtsdatum	
Station und Zimmernummer des/der Patienten/in:	
Datum, Uhrzeit des Besuchs:	

Angaben zu Symptomen

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eins der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber (keine Fiebermessung erforderlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen länger als 24h in einem Risikogebiet (In-/Ausland) aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo haben Sie sich aufgehalten?		

Vom Krankenhaus auszufüllen:

	JA	NEIN
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalt Infolyer zur Kenntnis genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Klinik