

Besucherfragebogen

Name Patient: _____ Station: _____

Name Besucher: _____ Telefon: _____

Anschrift Besucher: _____

Liebe Besucherinnen und Besucher,

aufgrund der Ausbreitung des Corona-Virus bitten wir Sie vorab um eine Auskunft:

1. Haben Sie **aktuell Symptome eines Atemwegsinfektes** (z.B. Husten, Schnupfen, Fieber), einer **Magen-Darm-Infektion** (Durchfall, Erbrechen) oder **Geruchs- bzw. Geschmacksstörungen**?

ja nein

2. Hatten Sie in den **letzten 14 Tagen Kontakt** zu einem Menschen, bei dem das neue Corona-Virus **nachgewiesen** wurde (SARS-CoV-2, COVID-19) oder der Verdacht auf dieses Virus besteht?

ja nein

3. Waren Sie in den **letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet**? Wo waren Sie genau?

ja nein _____

4. Befinden Sie sich **zurzeit in einer angeordneten Quarantäne** (§ 30 IfSG) oder wurde ein **Beschäftigungsverbot** (§31 IfSG) von der zuständigen Behörde (örtliches Gesundheitsamt) ausgesprochen.

ja nein

5. Wurde bei Ihnen ein SARS-CoV-2 / COVID-Test abgenommen und Sie warten noch auf das Ergebnis?

ja nein

6. Gibt es eine ärztliche Empfehlung, den Kontakt zu Risikogruppen zu vermeiden?

ja nein

Datum / Unterschrift Besucher _____

Falls Sie auf eine dieser Fragen mit „Ja“ antworten, müssen wir Sie leider bitten, auf einen Besuch Ihrer Angehörigen bei uns zu verzichten. Sie schützen damit sowohl Ihre eigenen Angehörigen, als auch andere Personen und das Personal in unserem Krankenhaus.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass es keine Veränderung meines Status gibt.

Datum	Uhrzeit	Unterschrift Besucher