

Fragebogen COVID-19 Besucher

Von Besucher auszufüllen:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Vor- und Nachname Patient: _____

Hatten Sie Kontakt zu positiv getesteten Personen oder einer Person

Ja / nein

deren Testung auf Coronavirus gerade in Bearbeitung ist?

Bemerkung: _____

Befinden Sie sich derzeit in häuslicher Quarantäne?

Haben Sie grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten etc.)?

Haben Sie Atemwegsbeschwerden?

(z.B. Kurzatmigkeit, Husten, Lungenentzündung)?

Hielten Sie sich die letzten 14 Tage in einem Risikogebiet auf?

Hygieneregeln zur Kenntnisnahme:

1. Bitte desinfizieren Sie sich nach Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Bitte desinfizieren Sie sich auch bei Betreten und Verlassen des Patientenzimmers die Hände
2. Tragen Sie stets Ihren Mund- Nasenschutz und nehmen Sie diesen nicht ab
3. Halten Sie stets mindestens 1,5 Meter Abstand zu Ihrem Angehörigen (z.B. Küssen, Umarmungen sind nicht gestattet)
4. Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Personals
5. Bitte halten Sie sich bei Ihrem Besuch nur im Patientenzimmer auf
6. Vermeiden Sie soweit möglich, Gespräche mit anderen Besuchern, Angehörigen und Patienten

**Es ist verboten mit Krankheitssymptomen das Krankenhaus zu Betreten!
Bei Zuwiderhandlung und nicht einhalten der Hygieneregeln wird vom Hausrecht Gebrauch gemacht und ggf. Strafanzeige erstattet.**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Hygienemaßnahmen in Kenntnis gesetzt, angehalten sind diese zu befolgen und die Fragen von Ihnen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Unterschrift Besucher:
