

Fragebogen COVID-19 Patienten

Von Patient auszufüllen:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ja / nein

Hatten Sie Kontakt zu positiv getesteten Personen oder einer Person 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. Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Personals
4. Bitte halten Sie sich, wenn Sie Besuch bekommen, nur im Patientenzimmer auf
5. Halten Sie stets mindestens 1,5 Meter Abstand zu Ihrem Besuch (z.B. Küssen, Umarmungen sind nicht gestattet)
6. Vermeiden Sie soweit möglich, Gespräche mit anderen Besuchern, Angehörigen und Patienten

Wir bitten Sie und Ihren Besucher, sich an die Hygieneregeln zu halten. 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 Patient:
