

# Fragebogen COVID-19 Besucher

## Vom Besucher auszufüllen

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname Patient:** \_\_\_\_\_

**Ja / Nein  
(ankreuzen)**

Hatten Sie Kontakt zu positiv getesteten Personen oder einer Person deren Testung auf Coronavirus gerade in Bearbeitung ist?

 

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen derzeit eine behördliche Quarantäneanordnung?

 

Haben Sie grippeähnliche Symptome (z.B. Fieber, Halsschmerzen)?

 

Haben Sie Atemwegsbeschwerden (z.B. Kurzatmigkeit, Husten)?

 

## 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 Ihre FFP2-Maske o. Ihren Mund-Nasen-Schutz u. nehmen Sie diese(n) nicht ab
3. Halten Sie stets mindestens 1,5 Meter Abstand zu Ihrem Angehörigen (z.B. verzichten Sie nach Möglichkeit auf Küssen und Umarmungen)
4. Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Personals
5. Vermeiden Sie soweit möglich, Gespräche mit anderen Besuchern 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 wurden, angehalten sind, diese zu befolgen und die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben.**

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_

# Fragebogen COVID-19 Besucher

**Ab 11.04.22**

**Vom Checkpoint-Mitarbeiter auszufüllen:**

Besucher hat nachfolgenden Nachweis für Besuchsrecht erbracht:

**Ja**  
**(ankreuzen)**

Negativer Corona-Schnelltest vorhanden (max. 24 Stunden alt)

Negativer PCR-Test vorhanden (max. 48 Stunden alt)

Unterschrift Mitarbeiter: \_\_\_\_\_  
(gut lesbar in Druckbuchstaben)