

Besucher-Nr.

BESUCHERFRAGEBOGEN

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Vorname Nachname

Straße PLZ/Ort

Telefon

Aufzusuchende/r Patient/in:

Datum und Uhrzeit des Besuchs:

ANGABEN ZU ERKRANKUNGSSYMPTOMEN

Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 14 Tagen folgende Symptome aufgetreten?

Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erbrechen / Durchfall / Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer SARS-CoV-2-positiven Person gehabt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet nach aktueller RKI-Definition aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

VON DER EINRICHTUNG AUSZUFÜLLEN

Aushändigung „Regelung für Besucher zur Vermeidung von Infektionen mit dem Coronavirus“ ist erfolgt ja nein

Einlass des Besuchers wurde gewährt ja nein

.....
Datum, Unterschrift Besucher/in

.....
Datum, Unterschrift Einrichtung