



Besucher-Fragebogen

Liebe Besucherinnen und Besucher,
bitte beantworten Sie die Fragen vor Ihrem Besuch und geben Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen beim Empfang ab.

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Patient:	
Station / Zimmer:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV- 2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schutzmaßnahmen

- Ich bestätige, dass ich während meines gesamten Aufenthaltes im Krankenhausgebäude eine Mund-Nasen-Bedeckung trage.
- Mir vor und nach meinem Besuch die Hände desinfiziere.
- Den gebotenen **Abstand** von mind. 1,5 m zu allen anderen Personen einhalte.
- Auf dem kürzesten Weg zur Station gehen werde und Sie auf dem gleichen Weg wieder verlassen werde.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung