

Besucherselbstauskunft zu COVID-19 und Verpflichtungserklärung

Besucherin/ Besucher:

Name: _____ Vorname: _____

 Anschrift: _____

Telefonnummer/ Mobil: _____ E-Mail: _____

Besuchte Patientin/ Besucher Patient/ Anlass:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station: _____

Anlass (z.B. für Handwerker): _____

Besuchszeitraum:

Besuchsdatum: _____

Besuchsbeginn: _____ Uhr Besuchsende: _____ Uhr

	Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus infiziert oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit Corona infiziert war oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die Richtigkeit der wahrheitsgemäßen Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Revision: 1.0	Erstellt am: 26.08.2020	Freigegeben am: 26.08.2020
	Von: ÄD/ Dr. T. Stein, PTL/ M. Otto	Von: KLINIKLEITUNG