



Interner Vermerk:  Patient  Besucher

Kurzfragebogen für Patienten und Besucher

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,**

aufgrund der aktuellen Coronaviruserkrankungen (COVID- 19) führen wir bei allen Personen eine allgemeine Befragung zum Aufenthalt in Risikogebieten und zu möglichen Kontaktpersonen durch.

Dies gibt Ihnen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. -Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Grund für Ihren Besuch: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der besuchten Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig**

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter, ohne Mund-Nasen-Bedeckung) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person in den letzten 14 Tagen?

Ja  Nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

Nein  Ja, wann und wo wurde der Test durchgeführt? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen folgende Symptome oder ähnliche aufgetreten? Trockener Husten mit und ohne Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Geschmack- und Geruchslosigkeit?

Nein  Ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?

Ja  Nein

In welchem Land? \_\_\_\_\_



Im Rahmen unseres allgemeinen Hausrechts haben wir, wie auch bereits vor der Corona-Pandemie, die Möglichkeit, im Einzelfall einen Besuch zu untersagen.

Das Mitbringen von Geschenken und sonstigen Gegenständen und die Mitnahme von Wäsche ist im Vorfeld mit uns abzuklären und kann ggf. untersagt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Inhalte unsers Schutz und Hygienekonzeptes verstanden haben und diese akzeptieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

---

Datum, Unterschrift Patientin/Patient, Besucherin/Besucher

**Interne Vermerke: Besucher/Patient hatte**

Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter, ohne Mund-Nasen-Bedeckung) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person in den letzten 14 Tagen?

Oder

Ein Symptom ist aufgetreten

Oder

Temp. >38,5°C

