

Fragebogen COVID-19 – Besucher



Angaben zum Patienten

Name, Vorname: _____

Station:

Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Sehr geehrte Besucher,

bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und geben diesen an unserer zentralen Information ab. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise, um im Bedarfsfall die Infektionsketten einer COVID-19 Infektion nachzuvollziehen und Kontaktpersonen zu ermitteln.

Es ist erforderlich, dass Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand vor jedem Besuch in der nachfolgenden Tabelle neu bestätigen. Daher melden Sie sich bitte immer an unserer zentralen Information.

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

**Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?
Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38°C | <input type="checkbox"/> Halsschmerz | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchssinns | | <input type="checkbox"/> Verlust des Geschmackssinn | |

Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage: ja nein

Sind Sie Bewohner in einem Pflegeheim oder einer Gemeinschaftsunterkunft in denen es in den letzten 14 Tagen Covid-19 Fälle gab? ja nein

Hygieneregeln

Bitte beachten Sie folgende Hygieneregeln, um das Infektionsrisiko zu verringern:

- Befolgen Sie die Vorgaben und Empfehlungen des Krankenhauses.
- Halten Sie mindestens 2 Meter Abstand von anderen Menschen.
- Tragen Sie innerhalb der Klinik einen Mund-Nasen-Schutz.
- Desinfizieren Sie sich die Hände beim Betreten der Klinik.
- Halten Sie eine gute Händehygiene und die Husten- und Niesetikette ein.
- Verzichten Sie auf Händeschütteln oder anderen körperlichen Kontakt.
- Fassen Sie sich möglichst wenig ins Gesicht, um etwaige Krankheitserreger nicht über die Schleimhäute von Augen, Nase oder Mund aufzunehmen.

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu den im Fragebogen genannten Zwecken verarbeitet. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 DSGVO.

Bitte wenden!

Fragen zur Immunisierung/ Genesung

Sind Sie vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft? ja nein
(wenn ja, bitte einmalig den Nachweis unserem Klinikpersonal vorzeigen)

Sind Sie von einer SARS-CoV-2-Infektion genesen? ja nein
falls ja,

Liegt Ihr positives Testergebnis mindestens 28 Tage und maximal 6 Monate zurück? ja nein
(wenn ja, bitte einmalig den Nachweis unserem Klinikpersonal vorzeigen)

Die vorangegangenen Informationen habe ich gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen.

Ort, Datum



Unterschrift des Besuchers/ der Begleitperson

Besucherkarte

Nachdem Ihre Angaben im Fragebogen durch das Klinikpersonal gesichtet wurden, erhalten Sie eine Besucherkarte, die Sie bitte auf Station beim Pflegepersonal vor dem Betreten des Patientenzimmers abgeben.

Gesundheitsbestätigung

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit SARS-CoV-2 aufweisen und nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder seit dem Kontakt mit einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind und sie keine Symptome aufweisen.

Datum	Uhrzeit	Tagesaktueller Coronatest liegt vor?			Unterschrift
		ja	nein	nicht erforderlich (geimpft, genesen)	