

Besucher-Fragebogen COVID-19

Lieber Besucherin, lieber Besucher!

Wir möchten Ihnen gerne den Besuch bei Ihrem erkrankten Angehörigen ermöglichen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und geben ihn vor dem Besuch beim Stationspersonal ab. Herzlichen Dank!

Bitte beachten Sie, dass während des gesamten Besuches ein Mund-Nasen-Schutz getragen werden muss!

Zu Ihrer Information: Ihre Daten werden NICHT elektronisch gespeichert. Der Fragebogen wird nach Ablauf eines Monats vernichtet.

Name der Patientin / des Patienten

Station

Ich habe derzeit oder hatte in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

Fieber nein ja

Trockener Husten (mit oder ohne Kurzatmigkeit) nein ja

Durchfall nein ja

Plötzlicher Verlust des Geruchs- bzw. Geschmackssinnes nein ja

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mit falsch gemachten Angaben die Sicherheit der / des besuchten PatientIn oder anderer Personen gefährden kann.

Name (BesucherIn) in BLOCKBUCHSTABEN

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

Datum

Unterschrift