

Sehr geehrte Damen und Herren,

um unsere Patienten weiterhin so gut wie möglich versorgen zu können und unsere Mitarbeiter zu schützen, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Für Besuche und um sowohl Ihre als auch die Sicherheit unserer Mitarbeiter zu gewährleisten, sind folgende Maßnahmen einzuhalten:

- Bitte tragen Sie einen Mund-Nasen-Schutz ab dem Betreten bis zum Verlassen der Gebäude.
- Desinfizieren Sie sich bitte die Hände.
- Wahren Sie mindestens 1,5 Meter Abstand.

Jeder Besucher muss sich über dieses Formular registrieren. Bitte geben Sie das Formular bei Ihrem Besuch beim Pflegepersonal ab.

Name, Vorname (Patient/in):	
Station:	
Angaben zum/zur Besucher/in:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Datum Besuch:	
Besuchszeit (von – bis):	

Aus diesem Grund bitten wir Sie um folgende Angaben (ankreuzen):

		Ja	Nein
1.	Waren Sie in den vergangenen 14 Tagen urlaubs- oder arbeitsbedingt verreist oder wohnen bzw. arbeiten Sie in einem Risikogebiet? Falls JA, wo? _____		
2.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen der Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ durch Labortests bestätigt wurde?		
3.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen ein begründeter Verdacht auf den Infektionsfall „Coronavirus (SARSCoV- 2)“ besteht?		
4.	Eine Corona-Infektion äußert sich durch grippeähnliche Symptome, wie: trockener Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen, Durchfall, Geschmacksverlust, Geruchsverlust und Abgeschlagenheit, ggf. Atemnot. Leiden Sie an einem dieser genannten Symptome? Falls JA, welches? _____		
5.	Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushaltes derzeit unter häusliche Quarantäne gestellt?		

Diese Daten werden 4 Wochen nach Erfassung vernichtet.

Ich erkläre ausdrücklich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum/ Unterschrift Besucher: _____

Ergebnis Schnelltest	
----------------------	--

Datum/ Unterschrift Personal: _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!