

Sehr geehrte Angehörige und Besucher,

um eine Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern, wollen wir vermeiden, dass mögliche Infektionen in unser Krankenhaus getragen werden.

Aus diesem Grund bitten wir Sie um folgende Angaben:

Angaben zum Besuch bei/auf:

Name, Vorname (Patient/in):

Station:

Angaben zum/zur Besucher/in:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer / E-Mail-Adresse:

Angaben zum Besuch:

Datum:

Zeit:

Bitte kreuzen Sie folgendes an:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Leiden Sie an grippeähnlichen Symptomen, wie Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen, Geschmacks-/ Geruchsverlust und Abgeschlagenheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus durch Labortests bestätigt wurde? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein begründeter Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht. | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Waren Sie in den vergangenen 14 Tagen verreist? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Falls Ja, wo?

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

Unterschrift Besucher/in Unterschrift Personal.....