## Form ular

## Kontaktformular für Besucher vor Zugang ins Krankenhaus 14.07.2021



Patienten (Auszufüllen vom Besucher)	Innerhalb der letzten 14 Tage (Auszufüllen vom Besucher)	Ja	Nein
<ul> <li>Nachname</li> <li>Vorname</li> </ul>	Hatte ich Kontakt zu Personen mit nachgewiesenen Covid-19 Erkrankungen oder war in einem ausländischen Risikogebiet?		
Angaben der Besuchsperson (Auszufüllen vom Besucher)	Befinde ich mich in häuslicher Quarantäne?		
Nachname      Vorname	Hatte ich trockenen Husten und Schnupfen (nicht allergisch bedingt)?		
Straße Nr. ————	Hatte ich merklich Fieber?		
PLZ Wohnort      Telefonnummer	Hatte ich Geruchs- oder Geschmacksverlust?		
Mir ist bekannt, dass ich die Besuchsregeln einhalten muss und falsche Angaben ein Risiko für den gesamten Krankenhausbetrieb darstellen. Ein Verstoß dieser gesetzlichen Anordnung zieht rechtliche Folgen nach sich.  Datum Unterschrift	Hatte ich Anfälle von Luftnot?		
	Hatte ich Muskel- oder Halsschmerzen?		
Auszufüllen von Mitarbeiter Zentrale/Einlass			
Anforderungen: ☐ erfüllt (alles mit nein beantwortet) ☐ nicht erfüllt, somit <u>kein Einlass</u>			
Besucher erhält Zutritt am um um	Uhr		
Aufklärung über Besuchsregeln erhalten durch:			
Besucher verlässt das Krankenhaus umUhr			
Besuchsregeln beinhalten:			
Anwendung eines gut sitzenden Mund-Nasenschutzes über Nase und Mund während des gesamten Aufenthalts			
Abstand mind. 1,5 Meter einhalten und unnötige Wege vermeiden			
Vor und nach dem Besuch die Hände im Patientenzimmer desinfizieren			

Ersteller: LBH Fachkraft QM-IM

Seite 1 von 1 Version: 9 - Gültig ab: **12.08.2021** 

**Genehmiger:** LBH Qualitäts- und Infektionsmanagement Leitung, LBH Geschäftsführer Hinw eis: Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst