







Patienten (Auszufüllen vom Besucher)	Innerhalb der letzten 14 Tage (Auszufüllen vom Besucher)	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Nachname _____ Vorname _____ 	Hatte ich Kontakt zu Personen mit nachgewiesenen Covid-19 Erkrankungen oder war in einem ausländischen Risikogebiet? 		
Angaben der Besuchsperson (Auszufüllen vom Besucher) <ul style="list-style-type: none"> Nachname _____ Vorname _____ Straße Nr. _____ PLZ Wohnort _____ Telefonnummer _____ <p>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.</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	Befinde ich mich in häuslicher Quarantäne? 		
	Hatte ich trockenen Husten und Schnupfen (nicht allergisch bedingt)? 		
	Hatte ich merklich Fieber? 		
	Hatte ich Geruchs- oder Geschmacksverlust? 		
	Hatte ich Anfälle von Luftnot? 		
Auszufüllen von Mitarbeiter Zentrale/Einlass			
Anforderungen: <input type="checkbox"/> erfüllt (alles mit nein beantwortet) <input type="checkbox"/> nicht erfüllt, somit <u>kein Einlass</u>			
Besucher erhält Zutritt am _____ um _____ Uhr			
Aufklärung über Besuchsregeln erhalten durch: _____			
Besucher verlässt das Krankenhaus um _____ Uhr			
Besuchsregeln beinhalten:			
<ul style="list-style-type: none"> 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 			