

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person****Bitte in DRUCKBUCHSTABEN leserlich eintragen!**

Vor- und Nachname	
Adresse:	
Telefonnummer	
Patient/in	
Station/Zimmernummer	
Datum, Uhrzeit	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem Covid-19 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland oder in inländischen, als besonders betroffen ausgewiesenen Gebieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir sind die Risiken einer Covid-19-Infektion bekannt. Mir ist bewusst, dass ich während des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus eine Mund-Nasen-Maske tragen und auf eine regelmäßige Händedesinfektion achten muss.

Den Anweisungen des Klinikpersonals werde ich zu jeder Zeit Folge leisten.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Erstellt:	Geprüft / Freigegeben:	Gültig ab:
27.07.2020	27.07.2020	27.07.2020
Nicola Hübers	Olaf Nosseir	Revision: 5