

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Aufzusuchende/r Patient/in (Name, Vorname)	
Station, Zimmernummer der/s Patienten/in	

Durch den Besucher auszufüllen

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage eines oder mehrere der folgenden Symptome bei sich bemerkt?

	JA	NEIN
Grippeähnliche Symptome (Fieber, Schüttelfrost, ...)		
Halsschmerzen und / oder Schluckbeschwerden		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Allgemeines Krankheitsgefühl und / oder Leistungsverlust		
Starker Schnupfen, soweit nicht durch Allergien oder eine andere Vorerkrankung erklärbar		

	JA	NEIN
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigten Corona- Infektion?		
Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet aufgehalten?		

Von der Einlasskontrolle auszufüllen

	JA	NEIN
Negativer Corona Schnelltest (maximal 48 Std. alt)		
Vollständig geimpft		
Vollständig genesen		

	JA	NEIN
Einweisung in Hygienemaßnahmen und Besuchsregelungen ist erfolgt		
Einlass wurde gewährt		

Datum, Uhrzeit: Beginn des Besuchs	
------------------------------------	--

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einlasskontrolle

Datum, Uhrzeit: Ende des Besuchs	
----------------------------------	--

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einlasskontrolle