

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Tag und Ort (Station) des Besuchs: _____

Name der besuchten Person: _____

Uhrzeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

1. Bestehen bei Ihnen zurzeit akute Erkältungssymptome jeder Schwere mit oder ohne Fieber und/oder Verlust des Geruchs-/Geschmackssinns?

ja nein

2. Aufenthalt in COVID-19-Risikogebiet gemäß Einstufung des Robert-Koch-Instituts innerhalb der vergangenen 14 Tage?

ja nein

Wenn ja: Wurde ein Test vor oder bei Einreise nach Deutschland auf SARS-CoV-2 durchgeführt?

ja nein

Wenn ja: bitte Testergebnis vorlegen

3. Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall innerhalb der vergangenen 14Tage?

ja nein

wenn ja: Wurde durch das Gesundheitsamt eine Quarantäne angeordnet?

ja nein noch keinen Kontakt mit Gesundheitsamt

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und sage zu, mich an die Verhaltens- und Hygieneregeln zu halten.

Unterschrift

Zeigen Sie diesen Bogen bitte ausgefüllt am Eingang vor und geben ihn im besuchten Bereich beim Stationspersonal ab.

Bitte beachten Sie die allgemeinen Hygienemaßnahmen (Abstand, Husten- und Niesetikette, Händehygiene, korrektes und durchgehendes Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung).