

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Tag und Ort (Station) des Besuchs: \_\_\_\_\_

Name der besuchten Person: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

1. Bestehen bei Ihnen oder Angehörigen Ihres Haushaltes 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. Hatten Sie oder Angehörige Ihres Haushaltes Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall innerhalb der vergangenen 14Tage?

ja       nein

wenn ja: Wurde für Sie oder Angehörige Ihres Haushaltes durch das Gesundheitsamt eine Quarantäne angeordnet?

ja       nein       noch keinen Kontakt mit Gesundheitsamt

4. Wenn Sie die Corona-Warn-App installiert haben, zeigt Sie Ihnen beim Öffnen einen roten Status an?

ja       nein



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

Datum / 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).**