

Angaben zur Person: Patient Besucher Begleitperson

Name, Vorname:

Ziel (Station/Abteilung/Klinik) im Klinikum:

Bei Besuchern/Begleitpersonen zusätzlich:

Name des Patienten, der besucht/begleitet wird:

Anschrift und Telefonnummer

Beginn Besuch:
(Eintrag durch Klinikum)

Ende Besuch:
(Eintrag durch Klinikum)

Unterschrift
Einlasskraft

Fragebogen:	Patient		Besucher/ Begleitperson	
	Nein	Ja	Nein	Ja
Hatten Sie eine nachgewiesene Corona-Erkrankung in den letzten 2 Wochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu einer Person, die an Corona erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, wie: Fieber (>38 °C), Husten, Halsschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen (bei Kindern zusätzlich: Magen-Darm-Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen in einem Risikogebiet gem. Robert-Koch-Institut aufgehalten und/oder unterliegen einer Quarantänepflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Gesundheitswesen tätig (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung oder einer Einrichtung für betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich setze die folgenden Maßnahmen während meines gesamten Aufenthalts im Klinikum um: Pflicht zum Tragen einer **Mund-Nasen-Bedeckung** (Ausnahme: Kinder < 6 Jahren), **Händedesinfektion** sowie Einhaltung des **Abstandsgebotes** zu anderen Personen (min. 1,5 m).

Die erhobenen Daten werden aufgrund Ihrer Einwilligung ausschließlich zur Ermöglichung der Nachverfolgung von Infektionen genutzt. Sie werden bis Ablauf eines Monats nach dem Besuch aufbewahrt und anschließend datenschutzkonform vernichtet.

Ich versichere, dass ich dieses Dokument beim Verlassen des Klinikums am Ausgang wieder abgebe.

Datum _____

Unterschrift _____

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!