

Covid-Fragebogen für Besucher

Name, Vorname des Besuchers

Anschrift (Straße, Wohnort)

Telefonnummer des Besuchers

Name, Vorname des Patienten

Station/Zimmer des Patienten

Datum und Uhrzeit des Besuchs

Liebe Besucher,
wir bitten Sie zur Risikominimierung im Rahmen der aktuellen COVID-19-Pandemie um folgende Angaben
(bitte ankreuzen):

Leiden Sie an Symptomen einer Erkältung/Atemwegsinfektion
(Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf-/Gliederschmerzen)?

Ja

Nein

Leiden Sie seit kurzem unter aktueller Luftnot?

Ja

Nein

Haben/hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber/erhöhte Temperatur?

Ja

Nein

Haben Sie eine Störung des Geruchs- oder Geschmacksinns bemerkt?

Ja

Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Coronavirus-Infektion oder begründetem Verdacht darauf?

Ja

Nein

Ich habe die **Besuchs- und Hygieneregeln** erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich werde mich während meines Aufenthaltes im Ev. Krankenhaus daran halten. Ferner bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenverarbeitung im Rahmen des COVID-19-Screenings zur Kenntnis genommen habe bzw. die Möglichkeit hatte, diese einzusehen.

Ort, Datum, Unterschrift Besucher