

Besucher-Fragebogen

Krankenhaus Schleiden
Am Hähnchen 36
53937 Schleiden

Liebe Besucherinnen und Besucher,

bitte beantworten Sie vor Ihrem Besuch die folgenden Fragen und geben Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen bei der Einlasskontrolle ab.

A. Beschwerden

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie aktuell erkältet (Schnupfen, Halsschmerzen u.Ä.)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Husten oder andere Beschwerden der Atemwege? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Atemnot? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Fieber? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich abgeschlagen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Können Sie seit kurzem weniger riechen oder schmecken? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Magen-Darm-Infekt (z. B. Norovirus)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

B. Kontakte zu Corona-Kranken

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Gibt es in Ihrer Nähe bekannte COVID-19-Erkrankungsfälle? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Falls Sie aktuell eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, ist vor Ihrem Besuch zunächst Rücksprache mit unserem Personal erforderlich. **Bei bestehender Infektion kann Ihr Besuch leider nicht stattfinden.**

C. Schutzmaßnahmen

Ich bestätige, dass ich ... *(bitte ankreuzen)*

- ... während meines gesamten Aufenthaltes im Krankenhausgebäude eine Mund-Nasen-Bedeckung trage.
- ... mir vor und nach meinem Besuch die Hände desinfiziere.
- ... den gebotenen **Abstand von mind. 1,5 m** zu allen anderen Personen einhalte.

Name des/der Patienten/Patientin

Name des/der Besuchers/Besucherin

Telefon-Nr.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift