



Geriatriisches
Zentrum Zülpich
GmbH

Brabenderklinik Zülpich
KölInstr. 12
53909 Zülpich

Besucher-Fragebogen

Liebe Besucherinnen und Besucher,

bitte beantworten Sie vor Ihrem Besuch die folgenden Fragen und geben Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen bei der Pforte 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 einen **medizinischen Mund-Nasen-Schutz** 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