



## Fragebogen für Besucher und Sprechstunden-Patienten

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person:

Bitte ankreuzen:

 Besucher Sprechstunden-Patient

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Patient/in:	
Station/Zimmernummer der Patient/in:	
Sprechstunde/Ambulanz:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: (maximal Besuchszeit: 2 Stunden)	

### Angaben zu Erkältungssymptomen:

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers/Patienten wurde gewährt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in/Sprechstunden-Patient

Datum, Unterschrift Einrichtung