



Besucher-Fragebogen zu COVID-19

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name, Vorname des Patienten: _____

Station: _____ Klinik: _____

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie aktuell an COVID-19 erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie folgende Symptome?

Hinweis: Falls ein „Ja“ angekreuzt wird, kann trotzdem Eintritt gewährt werden (z.B. Allergiker)

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Verlust von Geschmacks- und/oder Geruchssinn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fieber >37,5°C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trockener Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskel-/ Gelenk- und/oder Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abgeschlagenheit / schweres Krankheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit / Erbrechen/ Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich werde mich an folgende Regeln halten:

Bitte ankreuzen

| | |
|--|--------------------------|
| Tragen des Mund-Nasen-Schutzes während des Aufenthaltes | <input type="checkbox"/> |
| Händedesinfektion bei Betreten und vor Verlassen des Patientenzimmers | <input type="checkbox"/> |
| Einhaltung der maximalen Besuchszeit von 0,5 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) einhalten | <input type="checkbox"/> |

Die Angaben sind aufgrund der Corona-Schutzverordnung des Landes NRW notwendig und werden streng vertraulich behandelt. Falls gesetzlich notwendig, werden Ihre Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet.

Datum

Uhrzeit

Unterschrift Besucher/in

Einlass wurde gewährt

ja

nein

Unterschrift VIALIFE Mitarbeiter/in