



## 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 <b>und</b> 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