



Besucher-Fragebogen zu COVID-19

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name, Vorname des Patienten: _____

Zimmer-Nr.: _____ 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: Sollten Sie einen der folgenden Punkte mit „Ja“ beantworten, kann kein Eintritt gewährt werden

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 1 Stunden	<input type="checkbox"/>
Bei Mehrbettzimmern dürfen sich nicht zwei Besucher gleichzeitig im Zimmer aufhalten	<input type="checkbox"/>
Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) einhalten - sowohl im Freien als auch in geschlossenen Räumen	<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