

Liebe Besucherin, lieber Besucher

Die Corona-Pandemie hat zu erheblichen Einschränkungen geführt, auch in unserem Krankenhaus. Immerhin dürfen in bestimmten Bereichen wieder Patientenbesuche erfolgen, wenn auch nur begrenzt. Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben (bitte füllen Sie alle Felder außer den grau hinterlegten sorgfältig aus):

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Wurden Sie schon auf das Coronavirus getestet? ja wann?..... nein

Ergebnis? Coronavirus nachgewiesen geheilt seit.....
 Coronavirus nicht nachgewiesen noch kein Ergebnis

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen...		
Fieber oder Schüttelfrost?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretene Luftnot?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen? (soweit nicht durch eine Vorerkrankung erklärbar)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen (soweit nicht durch Vorerkrankung z.B. Allergie erklärbar)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Coronavirus infizierten Person (Test auf SARS-CoV2 positiv)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Temperatur/°C:
 Wird vom Krankenhaus ausgefüllt

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzrecht.
 Der Fragebogen wird nach einer Frist von 4 Wochen vernichtet. **Unterschrift**

Bitte informieren Sie uns sofort, falls Sie innerhalb der nächsten 7 Tage an einer Coronavirusinfektion erkranken!

Besucher Name:.....

Besucher Patient: **Zimmer Nr.**.....

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt	
Datum:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> Stempel der Einrichtung
Uhrzeit:	
Unterschrift Mitarbeiter KHS	