

Besucher-Dokumentation-Krankenhaus

Datum Besuch:

Uhrzeit Ankunft:

Uhrzeit Besuchsende:

Besuchte/r Patient/in

Name, Vorname (bitte Druckschrift!): _____

Station:

Zimmer:

Besucher/in

Name, Vorname (bitte Druckschrift!): _____

Telefonnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Covid19 Infektion?

Ja Nein

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Wenn ja: wann wurden Sie geimpft?

Ja Nein

Impfung, 1. Termin am: _____ 2. Termin am: _____ Impfstoffname: _____

Haben Sie Fieber oder Husten oder bekommen Sie schlecht Luft oder haben Sie Schnupfen oder können Sie nichts mehr riechen oder nichts mehr schmecken?

Ja Nein, nichts davon

Haben Sie andere Symptome? Wenn ja: welche: _____

Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit Corona-Infektion oder mit Verdacht auf Corona-Infektion?

Ja Nein

Hatten Sie einen Aufenthalt in den letzten 2 Wochen außerhalb Ihres Wohnortes?

Ja Nein

Wenn ja: Wo und wann? _____

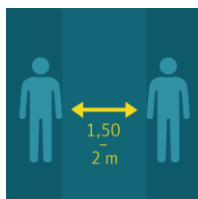
Wurde bei Ihnen eine Untersuchung (Test, Abstrich) auf Coronainfektion durchgeführt?

Ja Nein

Von wann ist das Ergebnis? _____ Wenn ja: Wie ist das Ergebnis?

Ja, Corona positiv Nein, Corona negativ Ergebnis noch nicht da

Bitte beachten Sie die Hinweise zum persönlichen Hygieneverhalten:



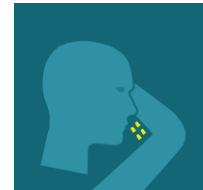
Abstand



Mund/Nasenbedeckung



Händehygiene



Hustenetikette

Datum

Unterschrift