

Besucherfragebogen COVID-19

Persönliche Angaben des Besuchers:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Adresse:
Telefonnummer:	PLZ & Ort:
E-Mail:	Besuchsdatum:
Name des besuchten Patienten:	

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen...

Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person (auch beruflich)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Husten oder Halsschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieber und/oder Schüttelfrost	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? Wenn ja, wo? Land/ Region:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurde eine Untersuchung auf Corona/ COVID-19 durchgeführt? Datum:	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte an der Rezeption ab.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, melden Sie sich bitte beim Verlassen der Klinik am Empfang ab.

Ich habe die Hygieneregeln zur Kenntnis genommen, sichere deren Einhaltung zu und bestätige, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind.

Des Weiteren willige ich ein, dass meine Daten maximal einen Monat aufbewahrt und auf Verlangen dem Gesundheitsamt herausgegeben werden dürfen.

.....
Unterschrift

Auszufüllen vom Klinikmitarbeiter:

Besuch gestattet: HZ Mitarbeiter	
Besuchsbeginn Uhrzeit:	Klinik verlassen Uhrzeit: