



Fragebogen für Besucher zur Erfassung von COVID-19-Risikofaktoren

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

aufgrund der aktuell bestehenden Hygienerichtlinien besteht die Verpflichtung, Risiken für eine Übertragung mit SARS-CoV-2 bestmöglich zu reduzieren. Aus diesem Grunde ist zusätzlich zur Beantwortung der folgenden Checkliste eine Erfassung der Kontaktdaten erforderlich, um im Falle einer Ansteckung Infektionsketten nachverfolgen zu können.

Wir danken für Ihre Unterstützung.

		ja	nein
1.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit positivem Nachweis von SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen grippeähnliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Besteht in den letzten 7 Tagen Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben sich in den letzten 7 Tagen Geschmacks- oder Geruchssinn verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Vom Personal auszufüllen:</u>	pos	neg
	Antigen-Schnelltest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Genesen bis:		
	Vollständig geimpft seit:		

<u>Kontaktdaten des Besuchers/der Besucherin:</u> Name: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ _____ Telefon: _____	Name des zu besuchenden Patienten: _____ Station: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____
---	--

Unterschrift des Besuchers