

## Checkliste Besucher

**Datum des Besuchs:** \_\_\_\_\_

**Uhrzeit des Besuchs:** \_\_\_\_\_

**Besucher:**

**Gemessene Temperatur:** \_\_\_\_\_  
(vom Personal auszufüllen)

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Patient:**

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum des Patienten (falls bekannt):** \_\_\_\_\_

COVID-Verdacht	bitte ankreuzen
<p><b>Haben oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen eines der folgenden Symptome/Beschwerden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atembeschwerden, Atemnot, Kurzatmigkeit, Fieber &gt;37,8 C und/oder Schüttelfrost? (Reiz-) Husten mit oder ohne Auswurf?</li> <li>• Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinn?</li> <li>• Abgeschlagenheit (Unwohlsein, Ermüdung), Gliederschmerzen??</li> <li>• Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schnupfen?</li> <li>• Gastrointestinale Symptomatik (unspezifische Bauchbeschwerden, Durchfall, Erbrechen)?</li> </ul>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Hatten Sie Kontakt mit bestätigtem COVID-19-Fall oder einem in Quarantäne Befindlichen in den letzten 14 Tagen?</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>

In Mehrbettzimmern darf sich nur jeweils ein Besucher aufhalten. Können Besuche nicht zeitlich getrennt erfolgen, gibt es Ausweichmöglichkeiten.

Ich versichere, dass ich keines der oben genannten Symptome habe, dass ich für den heutigen Tag der einzige Besucher bin und den Besuch maximal 2 Stunden ausdehnen werde.\*

**Unterschrift Besucher:** \_\_\_\_\_

\*Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind wir verpflichtet, das Besuchsgeschehen zu kontrollieren und bei Vergehen notwendige Maßnahmen (nach dem Infektionsschutzgesetz) zu ergreifen.

