

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende Patient(in):	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Informationspflichten gegenüber Besuchern auf der Grundlage § 14 KDG habe ich erhalten und willige der Verarbeitung meiner Daten ein.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Vom Mitarbeiter*In auszufüllen

Einweisung in die Hygienemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch findet statt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Auf der Station/ <input type="checkbox"/> Außerhalb der Station	