

Fragebogen für Besuche

Aufzeichnungsvorlage

Liebe Besucher,

Beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen, um Ihren Angehörigen und auch andere Patienten vor einer CoViD-19 Infektion zu schützen. Im Sinne des Infektionsschutzgesetzes sind Sie zur wahrheitsgemäßen Antwort verpflichtet. Bei bewusster Falschauskunft drohen neben dem Ausschluss von weiteren Besuchen auch Rechtsfolgen.

Ausgefüllten Fragebogen ERST auf Station abgeben, DANN zum Patientenbesuch gehen!

1. Leiden Sie aktuell an ...
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörung oder -verlust | |

2. Mindestens 1 Kriterium muss erfüllt sein:

- 1 Impfung (plus durchgemachte Covid- Infektion) (gilt nur bis 30.09.2022)
- 2 Impfungen (gilt nur bis 30.09.2022)
- 2 Impfungen (plus durchgemachte Covid- Infektion)
- 3 Impfungen
- 4 Impfungen
- Genesen (gilt 28 Tage – 90 Tage nach pos. Erstnachweis)
- Getestet (mind. Antigen-Schnelltest, nicht älter als 24; ggf. PCR)

3. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person hatte, nicht selbst positiv auf das SARS-CoV-2 getestet wurde.
Ich befinde mich nicht in behördlich angeordneter Quarantäne.

4. Das Infektionsschutzgesetz verpflichtet uns außerdem, folgende Daten zu erheben:

Ich besuche Herrn / Frau _____

Mein Name ist Herr / Frau: _____

Adresse u. Tel.: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Über die Folgen einer Falschauskunft wurde ich belehrt (s.o.)

Unterschrift

Datum

Kenntnisnahme Arzt / Krankenpfleger(in) (Handzeichen / ggf. Stempel)