

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

mit diesem Formular dokumentieren wir Ihre Kontaktdaten, um im Falle einer COVID-19 Infektion Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können.

Vorab ersuchen wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ihr Vorname:	Ihr Nachname:
Adresse	
Telefonnummer:	E-Mail:

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen	JA	NEIN
Fieber		
Husten		
Kurzatmigkeit		
Durchfall		
Geschmacks-/Geruchsveränderungen		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engeren Kontakt mit einer Person, die mit dem Coronavirus (COVID-19, SARS-CoV-2) möglicherweise oder sicher infiziert war bzw. ist?		
Diese Angaben gelten auch für die mitgebrachten Kinder. Anzahl der Kinder: _____	<input type="checkbox"/> Kenntnisnahme	

- Besuche sind nur gestattet, wenn Sie in den letzten 14 Tagen **keine Anzeichen eines Infekts** hatten!
- Im gesamten Krankenhaus ist ein **Mund-Nasen-Schutz** zu tragen sowie mindestens ein **Meter Abstand** zu anderen Personen einzuhalten.
- Die Dauer Ihres Besuchs ist auf **1 Stunde am Tag** beschränkt.

Besuch von Patient/in:	in Abteilung/auf Station:
Besuchsdatum:	Uhrzeit:

Gemessene Körpertemperatur:
-----------------------------

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der angegebenen Daten!

Zum Zwecke der Nachverfolgung der Kontakte bei Auftreten der COVID-19-Erkrankung werden Ihre Daten gespeichert und verarbeitet. Diese Daten werden spätestens nach vier Wochen gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift