

COVID-19 Checkliste Risikoabklärung Besucher



Name: Eintritt in das Krankenhaus

Vorname: Datum:

Geburtsdatum: Uhrzeit:

Aktuelle Rufnummer:

Zweck des Besuches:

Patientenbesuch:

Vor- & Nachname des Patienten

Sonstiges:

Ja	Nein	Akut aufgetretene Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber > 38 ° C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnupfen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geruchs-/Geschmacksstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit / Erbrechen
Ja	Nein	Epidemiologische Risikofaktoren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie in den letzten 2 Wochen stationär in einem Krankenhaus / Reha-Einrichtung?

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben und dass keine bekannte Covid-19-Infektion vorliegt. In den letzten 14 Tagen hat kein Kontakt zu einem Covid-19-Infizierten stattgefunden und ich bin nicht unter Quarantäne gestellt. Zudem verpflichte ich mich die im Infoblatt genannten Verhaltensregeln einzuhalten.

Unterschrift Besucher

Checkliste erhalten:

Unterschrift Mitarbeiter