

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
☐	☐	Fieber > 38 ° C
☐	☐	Husten
☐	☐	Kurzatmigkeit
☐	☐	Schnupfen
☐	☐	Gliederschmerzen
☐	☐	Abgeschlagenheit
☐	☐	Halsschmerzen
☐	☐	Kopfschmerzen
☐	☐	Geruchs-/Geschmacksstörungen
☐	☐	Durchfall
☐	☐	Übelkeit / Erbrechen
Ja	Nein	Epidemiologische Risikofaktoren
☐	☐	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