



## 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. Testpflicht:

- 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)