

Erhebungsbogen

Datum:

Grund: Patientenbesuch
(wenn ja: siehe Rückseite)

Uhrzeit: :

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

Haben Sie in den letzten Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht?

Ja Nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?

Ja Nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

Ja Nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

Ja Nein

gemessene Temperatur:

(Hinweis: Infrarot-Thermometer nur bei Außentemperaturen über 15°C verwenden)

Nur auszufüllen bei einem geplanten Patientenbesuch

Besuch bei:

Nachname: _____ Vorname: _____

Station _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verweigern.

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das Informationsblatt zum Datenschutz als auch das Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.
