

HASTA adı, soyadı

Ziyaret tarihi/saati

Bölüm

## Ziyaretçi bilgi formu - hasta ziyareti

### Ziyaretçinin iletişim bilgileri

Ziyaretçinin adı, soyadı: \_\_\_\_\_

Ziyaretçinin telefon numarası: \_\_\_\_\_

Kimlik belgesi türü:

Pasaport

Nüfus cüzdanı

Ehliyet

İkamet kaydı belgesi

### Sağlık durumu kontrolü

1. Son 14 gün içinde ateşiniz veya örn. burun akıntısı, boğaz ağrısı, öksürük, balgam, nefes darlığı vb. akut solunum yolu enfeksiyonu belirtileriniz oldu mu?

Evet

Hayır

2. Son 14 gün içinde koronavirüs test pozitif çıkmış veya koronavirüs hastası olan biriyle iletişiminiz oldu mu?

Evet

Hayır

3. Son 14 gün içinde koronavirüs enfeksiyonlu veya hasta sayısı yüksek olan bir bölgeden/ülkeden dönüş yaptınız mı?

Evet, şuradan: \_\_\_\_\_  Hayır

4. Son 14 gün içinde koku ve/veya tat alma duyunuzda belirgin bir değişiklik fark ettiniz mi?

Evet

Hayır

Если Sorulardan birini "Evet" olarak yanıtladıysanız, hasta ziyareti gerçekleştirmeniz mümkün değildir.

Formu onaylayarak a) kişisel bilgilerimin, b) bugünkü tarih itibarıyla sağlık durumumun doğruluğunu ve c) geçerli hijyen kuralları ve ayrıca d) veri koruma yönergesi hakkında bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

Tarih: \_\_. \_\_. \_\_

Ziyaretçinin imzası: \_\_\_\_\_