

Name, Vorname PATIENT

Besuchsdatum/ -zeit

Station

# Besucherdatenblatt - Patientenbesuch

## Erfassung der Kontaktdaten des Besuchers

Name, Vorname des Besuchers: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Besuchers: \_\_\_\_\_

Ausgewiesen durch:

Reisepass

Personalausweis

Führerschein

Meldebestätigung

## Überprüfung des Gesundheitsstatus

**1. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Fieber oder Zeichen eines akuten Infektes der Atemwege, z.B. Schnupfen, Halsschmerzen, Husten, Auswurf, Luftnot o.ä.?**

Ja

Nein

**2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer auf das Corona-Virus positiv getesteten oder erkrankten Person?**

Ja

Nein

**3. Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage aus einem Gebiet/Land mit einer besonders hohen Anzahl an mit dem Corona-Virus Infizierten bzw. Erkrankten zurückgekehrt?**

Ja, aus \_\_\_\_\_  Nein

**4. Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage bei sich eine auffällige Veränderung am Geruchs- und/ oder Geschmackssinn festgestellt?**

Ja

Nein

**Haben Sie eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet ist der Besuch eines Patienten nicht möglich.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit a) meiner personenbezogenen Angaben, b) über meinen Gesundheitszustand zum heutigen Datum und ich bestätige, c) die geltenden Hygieneregeln sowie d) den Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_  
oder Erziehungsberechtigter