****

**Selbstauskunft für Besucher während der COVID-19 Pandemie**

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person (bitte in Druckbuchstaben und lesbar ausfüllen!)**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail Adresse: |  |
| Aufzusuchende/r Patient/in: |  |
| Station und Zimmernummer des/der Patienten/in: |  |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: |  |

**Angaben zu Symptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Fieber (>38°) |  |  |
| Ggfs. gemessene tatsächliche Temperatur |  |  |
| Husten |  |  |
| Atemnot |  |  |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust |  |  |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch  eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar |  |  |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar |  |  |
| Befinden Sie sich selbst zur Zeit in Quarantäne? |  |  |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland oder haben Sie sich in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage  Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? |  |  |

**Vom Krankenhaus auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt |  |  |

Datum, Unterschrift Besucher/in Datum, Unterschrift Klinik