****

**COVID-19 salgını sırasında ziyaretçileri için kendini ifade etme**

**Kendiniz hakkında genel bilgiler (lütfen okunaklı bir şekilde doldurunuz!)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ad ve soyad: |  |
| Adres: |  |
| Telefon Numaranız: |  |
| E-mail adresiniz: |  |
| Ziyaret edilecek hasta: |  |
| Hasta odası ve oda numarası: |  |
| Ziyaretin tarihi, saati ve süresi: |  |

**Belirtiler**Son 14 gün içinde aşağıdaki belirtilerden herhangi birini geçirdiniz mi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | evet | hayır |
| Ateş (>38°) |  |  |
| Eğer gerekliyse. ölçülen gerçek sıcaklık |  |  |
| Öksürük |  |  |
| Nefes darlığı |  |  |
| Tat veya koku kaybı |  |  |
| Şiddetli nezle, eğer değilse önceden var olan bir durum (örn. alerjiler) açıklanabilir |  |  |
| Mevcut bir tıbbi durumla açıklanamadığı sürece genel yorgunluk ve / veya performans kaybı |  |  |
| Şu anda karantinada mısınız? |  |  |
| Son 14 gün içinde yurtdışında bulundunuz mu veya Almanya'da özellikle etkilenen bir bölgede bulundunuz mu? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | evet | hayır |
| Son 14 gün içinde SARS-CoV-2 pozitif biriyle temasınız oldu mu? |  |  |

**Hastane tarafından doldurulacak:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | evet | hayır |
| Ziyaretçinin kabulüne izin verildi |  |  |

Tarih, ziyaretçinin imzası Klinikum tarihi, imzası