

Selbstauskunft für Besucher während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person (bitte in Druckbuchstaben 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

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eins der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber (>38°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggfs. gemessene tatsächliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allg. Abgeschlagenheit u./oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich selbst zur Zeit in Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland oder haben Sie sich in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein neg. tagesaktueller Antigen-Schnelltest (Saarlandtestzertifikat), eine abgeschlossene C-19 Schutzimpfung oder ein C-19 Immunitätsnachweis vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vom Krankenhaus auszufüllen:

	JA	NEIN
Amtlicher Lichtbildausweis vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Klinik