KNAPPSCHAFTSKLINIKUM SAAR

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°)	☐	☐
Ggfs. gemessene tatsächliche	☐	☐
Husten	☐	☐
Atemnot	☐	☐
Geschmacks- oder Geruchsverlust	☐	☐
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	☐	☐
Allg. Abgeschlagenheit u./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	☐	☐
Liegt ein neg. tagesaktueller Antigen-Schnelltest (Saarlandtestzertifikat), eine abgeschlossene C-19 Schutzimpfung oder ein C-19 Immunitätsnachweis vor?	☐	☐

Vom Krankenhaus auszufüllen:

	JA	NEIN
Amtlicher Lichtbildausweis vorgelegt	☐	☐
Einlass des Besuchers wurde gewährt	☐	☐

_____ _____

Datum, Unterschrift Besucher/in Datum, Unterschrift Klinik