



Selbstauskunft zu Ihrem und unserem Schutz

Besucherdaten:

Vorname, Nachname: _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Patient, Station: _____

Besuchszeit - Anfang: _____

Besuchszeit - Ende: _____

- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen direkten Kontakt zu einem an Covid-19 Erkrankten? JA NEIN
-

- Arbeiten Sie in einer Pflegeeinrichtung, einem Krankenhaus, Reha oder in der ambulanten Pflege? JA NEIN
-

Leiden Sie **aktuell** oder in den letzten **14 Tagen** an einem der folgenden Symptome?

- Fieber oder Gliederschmerzen, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Husten, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Atemnot, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Halsschmerzen oder Schnupfen, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Geschmacks/Geruchsverlust, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Kopfschmerzen, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

- Durchfall oder Erbrechen, wenn JA – seit wann: JA NEIN
-

Hiermit versichere ich, dass die Angaben vollständig und richtig sind.
Die Datenerhebung erfolgt im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes.
Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.
Ich habe die Informationen für Besucherinnen und Besucher zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Besucher: _____