

Besucher

Name _____ Vorname _____ Geb.* _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Wohnort _____ Straße _____ Tel. _____

Besuchte Person:

Name _____ Vorname _____ Station _____ Zl. _____

**Liebe Besucher,
Bitte beantworten Sie zur Sicherheit ihres Angehörigen nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

1. Wurden sie in den letzten 14 Tagen positiv auf COVID-19 getestet?

- Nein
 Ja

2. Sind Sie in den letzten 7 Tagen erkrankt?

- Nein
 Ja und zwar an: Halsschmerzen Husten Fieber
 Durchfall Luftnot Geschmacks- und Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann: _____

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an COVID- 19 erkrankten Person?

- Nein
 Ja

Wir bitten Sie um Einhaltung von Abstands-und Hygieneregeln

- Bitte tragen Sie **keine** Einmalhandschuhe, sondern desinfizieren Sie sich am Eingang die Hände
- Verzichten Sie auf das Händeschütteln
- Betreten Sie das Krankenhaus nur mit Mund- Nasenschutz
- Halten Sie zu allen Personen mindestens 1,5 Meter Abstand
- Nehmen Sie bitte Rücksicht auf die Mitpatienten und begrenzen Sie die Besuchszeit auf das Notwendigste

Ich verpflichte mich, die erforderlichen Hygienemaßnahmen einzuhalten, und über alle gesundheitlichen Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungsdauer ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Besuchszeit am: _____, von: _/ _/ _/ _/ Uhr bis: _/ _/ _/ _/ Uhr

Ort/Datum _____, den _____ Unterschrift: _____