

Zutrittsfragebogen

Für Besucher sowie Vertreter, Außendienstmitarbeiter und nach Einladung mit Terminabsprache

Angaben zu dem besuchten Patienten/ der besuchten Patientin / der Abteilung

Vor- und Nachname:	
Station / Zimmer / Fachbereich:	
Uhrzeit und Datum des Besuchs:	

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Angaben zu Krankheitszeichen des Besuchers / der Besucherin

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber (Temperatur größer 38,0°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<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"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen / Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Hochinzidenzgebiet und/oder Virusvariantengebiet gemäß RKI aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Akkreditierung erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Informationsbogen zu Datenschutz- und Hygienemaßnahmen für Besucher wurde ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung