

Besucher-Nr.

## BESUCHERFRAGEBOGEN

### ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Vorname ..... Nachname .....

Straße ..... PLZ/Ort .....

Telefon .....

Aufzusuchende/r Patient/in: .....

Datum und Uhrzeit des Besuchs: .....

### ANGABEN ZU ERKRANKUNGSSYMPTOMEN

Sind bei Ihnen **innerhalb der letzten 14 Tagen** folgende Symptome aufgetreten?

Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erbrechen / Durchfall / Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer SARS-CoV-2-positiven Person gehabt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet nach aktueller RKI-Definition aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### VON DER EINRICHTUNG AUSZUFÜLLEN

Aushändigung „Regelung für Besucher zur Vermeidung von Infektionen mit dem Coronavirus“ ist erfolgt  ja  nein

Einlass des Besuchers wurde gewährt  ja  nein

.....  
Datum, Unterschrift Besucher/in

.....  
Datum, Unterschrift Einrichtung