

Fragebogen zur Besuchsregelung (Angehörige)

in der Sonderlage SARS COVIS 19

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Vor- und Nachname des Bewohners: _____

Vor- und Nachname des Besuchers: _____

Geburtsdatum des Besuchers: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, kann kein Besuch erfolgen:

1. Haben oder hatten Sie in der letzten Zeit folgende Symptome:

- Husten
- Fieber
- Atemnot
- Kopf- und Gliederschmerzen
- sonstige Grippesymptome

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Verdachtspatienten oder positiv getesteten COVID 19-Patienten? Ja Nein

Kommen Sie aus einem stationären Krankenhausaufenthalt oder leben Sie in einer stationären Pflegeeinrichtung, wie z. B. Wohnheim oder Wohngruppe? Ja Nein

Arbeiten Sie in einem medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Beruf, bei dem Sie Kontakt mit Verdacht oder positiv getesteten Patienten haben/hatten? Ja Nein

3. Wenn ja, gab es bei Ihnen in der Einrichtung Verdachts- oder bestätigte Fälle von COVID 19? Ja Nein

4. Arbeiten Sie in einer sonstigen Berufsgruppe, in einer Praxis, Wohngruppe oder in einem Krankenhaus, bei denen Patienten mit COVID 19 nachgewiesen wurden oder es Verdachtsfälle gab und gibt? Ja Nein

Unterschrift des Angehörigen: _____