

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 Tage folgende Symptome aufgetreten?Fieber ja nein Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden ja neinHusten ja nein Atemnot ja neinGeschmacks- oder Geruchsverlust ja neinAllgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar ja neinStarker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar ja neinErbrechen / Durchfall / Bauchschmerzen ja nein

ANGABEN ZU KONTAKTEN

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? ja neinHaben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Land aufgehalten, welches zum Virusvarianten-Gebiet erklärt wurde? ja nein

VON DER EINRICHTUNG AUSZUFÜLLEN

Aushändigung „Regelung für Besucher zur Vermeidung von Infektionen mit dem Coronavirus“ ist erfolgt. ja nein1. Covid-19 Genesener (PCR Test pos. liegt vor, nicht jünger als 28 Tage und älter als 6 Monate) ja nein2. COVID-19 Genesener und Geimpfter (PCR-Test, unabhängig vom Alter des Ausstellens, und Impfdokumentation (1 x Impfung mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff) liegen vor) ja nein3. Antigen-Schnelltest nicht älter als 24h liegt vor (zertifizierte Teststelle). ja nein4. Vollumfängliche Coronaschutzimpfung (ab Tag 15 nach zweiter Impfung, bzw. ab Tag 15 nach erster Impfung mit dem Präparat von Johnson & Johnson Impfausweis o. ä. Dokument liegt vor). ja nein**Einlass des Besuchers wurde gewährt (1., 2., 3. oder 4. mit Ja).**.....
Datum, Unterschrift Besucher/in.....
Datum, Unterschrift Einrichtung