

**Patientendaten:**

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher!

Patientinnen und Patienten sind häufig besonders gefährdet, wenn sie Infektionen erleiden. Um dieses Risiko so gering wie möglich zu halten, gelten in der SARS-CoV-2-Pandemie strenge Besuchseinschränkungen in allen Krankenhäusern. So sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, alle Besucherinnen und Besucher zu möglichen Symptomen der Erkrankung zu befragen.

Damit leisten Sie einen wichtigen Beitrag, unsere Patienten zu schützen und eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Besucherdaten:**

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		Telefon-Nr.:	
Adresse, Wohnort			

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig:

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu jemandem, der auf das Coronavirus (SARS-CoV2) positiv getestet wurde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu:	Ja	Nein
...Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Symptome einer akuten Atemwegsinfektion (z.B. Husten, Halsschmerzen, Luftnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Muskel-, Glieder- oder Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Geschmacks- oder Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass die oben genannten Angaben korrekt sind.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Besucherin/Besucher