

Formular

## Abfrageschema Besuchsperson

### Eigene Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Besuchte Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	Ja	Nein
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetretener Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue oder zunehmende Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/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"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. bekannter Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub- und/oder Pollenallergie) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Quarantäne-Anordnung oder stand / steht eine im Haushalt lebende Person unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachweise	Ja	Nein
Nachweis über <b>vollständige Impfung</b> vor >14 Tagen (z.B. Impfpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
<b>Genesenen-Nachweis</b> (positiver Corona-PCR-Test >28 Tage, <6 Monate alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
Genesenen-Nachweis + <b>Boost-Impfung</b> vor >14 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
Tagesaktueller <b>Antigenschnelltest</b> einer Teststelle (keine Selbsttest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Besuchserlaubnis gilt nur für 60 Minuten am (Datum / Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, die geltenden Hygieneregeln (Tragen einer FFP2-Maske, Händedesinfektion, Mindestabstand von 1,5 Metern zum Personal und anderen Besuchspersonen/Patient\*innen) einzuhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besuchsperson