

Kontaktformular Patienten

(z.B. Patientenaufkleber)

Nachname _____

Vorname _____

Station/Fachbereich _____

Auszufüllen von Mitarbeiter Zentrale/Einlass

Besucher erhält Zutritt am _____ um _____ Uhr

Besucher verlässt das Krankenhaus um _____ Uhr

Angaben der Besuchsperson(Auszufüllen vom Besucher)

Nachname _____

Vorname _____

Geb. _____

Straße Nr. _____

PLZ Wohnort _____

Telefonnummer _____



Innerhalb der letzten 14 Tage:	Ja	Nein
Hatte ich Kontakt zu Personen mit nachgewiesenen Covid-19 Erkrankungen? 		
Hatte ich trockenen Husten und Schnupfen (nicht allergisch bedingt)? 		
Hatte ich merklich Fieber? 		
Hatte ich Geruchs- oder Geschmacksverlust? 		
Hatte ich Anfälle von Luftnot? 		
Hatte ich Muskel- oder Halsschmerzen? 		

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben ein Risiko für den gesamten Krankenhausbetrieb darstellen und ein Verstoß dieser gesetzlichen Anordnung rechtliche Folgen nach sich zieht.

Datum _____ Unterschrift _____

Auszufüllen von Mitarbeiter Zentrale/ Einlass

Anforderungen sind erfüllt (alles mit nein beantwortet) nicht erfüllt, somit kein Einlass

Aufklärung über Besuchsregeln erhalten durch: _____