

	<p>Formular</p> <h2>Besucherscreening</h2>	
---	--	--

Patientendaten (bitte ausfüllen)

Nachname des Patienten	Vorname des Patienten	Geburtsdatum
Station (falls bekannt)		

Besucherdaten (bitte ausfüllen)

Nachname des Besuchers	Vorname des Besuchers	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer des Besuchers	Postleitzahl, Wohnort des Besuchers	
Telefonnummer des Besuchers	Arbeitgeber	

Selbstauskunft des Besuchers (bitte ankreuzen)

1	Haben Sie folgende Symptome?		
	• TROCKENER Husten	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Fieber	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Atembeschwerden / Kurzatmigkeit	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Schweres Krankheitsgefühl	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Durchfall	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Schnupfen/Halsschmerzen	<i>ja</i>	<i>nein</i>
	• Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn	<i>ja</i>	<i>nein</i>
2	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten COVID-19-Fall?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
3	Sind Sie innerhalb der letzten 21 Tage positiv auf COVID-19 getestet worden?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
4	Sind Sie Rückreisler aus einem Risikogebiet?	<i>ja</i>	<i>nein</i>

Hinweis zum Datenschutz: Dieses Formular dient als Besuchsregister entsprechend der jeweils gültigen Coronaschutzverordnung NRW. Es wird für vier Wochen aufbewahrt und anschließend entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet.

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich versichere, für den oben genannten Patienten der heute einzige genehmigte Besucher zu sein. Ich versichere, die geltenden Hygienerichtlinien einzuhalten.	_____ Unterschrift des Besuchers
--	-------------------------------------

Besuchsdaten (wird vom Krankenhaus ausgefüllt!)

Station	Datum	Uhrzeit (Besuchsanfang – Besuchsende)
Name Mitarbeiter*in	Handzeichen	

Temperatur °C	
<i>ja</i>	<i>nein</i>
Besuch gestattet	