

Fragebogen für Besucher

Für Früh-Reha und Phase C (täglich ab 15:00 für maximal 2 Stunden)

Name des Besuchers: Vorname:

Alter:

Datum:

Uhrzeit:

Besuch für Patient:

Station:

| Bitte beantworten Sie am Tag vor Ihrem Besuch die folgende Fragen: | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Haben Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome bemerkt (Husten, Halsschmerzen, Fieber, usw.)? | | |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit COVID-19 Erkrankung? | | |
| Ist bei Ihnen schon mal SARS-COV-2 Viren nachgewiesen? | | |
| Hatten Sie einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim in den letzten 4 Wochen? | | |
| Hatten sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, welche sich jetzt in Quarantäne befinden? | | |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Unterschrift