



**GRÄFLICHE KLINIKEN**  
MORITZ KLINIK

**Fragebogen für Besucher**

Für Früh-Reha und Phase C

Name des Besuchers: ..... Vorname: .....

Alter: .....

Datum: ..... Uhrzeit: .....

Besuch für Patient: ..... Station: .....

<b>Bitte beantworten Sie am Tag vor Ihrem Besuch die folgende Fragen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
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?		

Ihre vollständigen Angaben dienen der Kontaktnachverfolgung im Falle eines Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit SARS-COV-2.

Wir sind zur Erhebung dieser Daten durch das gesetzlich festgelegte Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet.

*Datenschutzhinweis:*

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. So behandeln wir Ihre personenbezogenen Daten selbstverständlich stets entsprechend der aktuellen gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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

.....  
Unterschrift