

## Fragebogen Patientenbesuche SARS-CoV-2/COVID-19

Wir bitten Sie Ihre Besuchszeit auf eine Stunde zu beschränken.

Vielen Dank!

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Zur Unterbrechung von Infektionsketten im Rahmen der neuen Erkrankung COVID-19 durch das SARS-CoV-2 bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

## 1. Symptome

Zeigen Sie oder Angehörige Ihres gemeinsamen Hausstandes <u>aktuell</u> bzw. in den letzten 14 Tagen Symptome wie:	Ja	Nein
Fieber?		
Trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankungen verursacht)?		
Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn?		

## 2. Kontakte

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage <u>engen ungeschützten Kontakt</u> (<1,5m) zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall?		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer deutschen <u>Region mit gehäuften COVID-19-Fällen</u> ? (Inzidenzrate $\geq$ 50 Erkrankte/100.000 Einwohner/7 Tagen)		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem <u>Risiko-Land</u> (außerhalb Deutschlands)?		
Hielten Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem anderen <u>Krankenhaus oder einem Pflegeheim</u> (als Patient oder Besucher) mit erhöhtem Aufkommen von Lungenentzündungen auf?		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?		

## 3. Testung

Wurden Sie bereits auf SARS-CoV-2 getestet?		
Wann? <span style="float: right;">Ergebnis:</span>	positiv	negativ
Unterliegen <b>Sie</b> aktuell den <u>Quarantänevorgaben</u> eines Gesundheitsamtes oder eines Arztes?		
Unterliegt (mind.) ein Angehöriger Ihres gemeinsamen Hausstandes aktuell den Quarantänevorgaben eines Gesundheitsamtes oder eines Arztes?		

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich sowohl die Information zum Datenschutz als auch den Hinweis auf die zwingend einzuhaltenden Hygieneregeln zur Kenntnis genommen habe.

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift