

## Covid-19 Besucherformular

# Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie ist es erforderlich, dass alle Besucherinnen und Besucher im Vorfeld einige Angaben zu Ihrer Person machen. Dies gibt Ihnen, unseren Patienten/-innen und unseren Beschäftigten die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden.

Wir orientieren uns hierbei an dem Erlass der senatorischen Behörden zum Schutz vor Neuinfektionen, § 14 Abs. 1 Nr. 1–11, vom 3.04.2020.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

(Bitte legen Sie uns Ihren Lichtbildausweis zur Verifizierung der Daten vor.)

### BESUCHERDATEN

*Datum des Besuches:* .....

*Name, Vorname:* .....

*Geb.-Datum:* .....

*Adresse (Straße, PLZ, Wohnort):* .....

*Telefon:* .....

*Name, Vorname der besuchten Person:* .....

*Station:* .....

### Bitte beantworten Sie außerdem die folgenden Fragen:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an Covid-19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen aktuell oder in den vergangenen Tagen Anzeichen einer Erkältung oder eines grippalen Infektes aufgetreten mit einem der folgenden Symptome, wie z.B. Husten, Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit oder Kopf- und Gliederschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist zurzeit Ihr Geruchs- und / oder Geschmackssinn beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich verpflichte mich, die geltenden Hygieneregeln (Tragen eines Mund-Nasenschutzes, Händedesinfektion, Mindestabstandsregelung, Verzicht auf Körperkontakt) zu befolgen und einzuhalten.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und ggf. im Rahmen der Kontaktpersonen-Nachverfolgung an das Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Datum und Unterschrift Besucher/-in .....

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/in Empfang .....