



Formulare

Ersteller:
Hirsch, Simone , Tellmann, Dr.
med. Karin

Freigebender:
Happe, Svenja

Freigabedatum:
30.06.2020

Durch den Besucher auszufüllen:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Besucher Name, Vorname	
Anschrift Straße, PLZ, Ort	
Telefonnummer	
besuchter Patient	

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	JA	NEIN
Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. bekannter Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub- und/oder Pollenallergie) erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Das Merkblatt zu Hygienevorschriften und allgemeinen Verhaltensregeln habe ich erhalten und gelesen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage der Datenschutzgrundverordnung. Die Daten dienen ausschließlich der zuständigen Behörde im Bedarfsfall der Kontaktpersonennachverfolgung. Ihre Daten werden 4 Wochen von uns aufbewahrt und dann gelöscht.

.....
Datum

.....
Unterschrift Besucher

Durch die Klinik auszufüllen:

Ein Besuch ist möglich, wenn alle Antworten negativ sind.

Besuch wurde gewährt: ☐ Ja ☐ Nein

.....
Unterschrift Mitarbeiter