

## Checkliste für Besucher

Datum des Besuchs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Besuchers, Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Patienten

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem positiven Corona-Fall oder zu jemanden in Corona- Quarantäne?**

Ja                       nein

- **Besteht bei Ihnen oder einer Ihrer Kontaktpersonen der Verdacht auf eine noch nicht bestätigte Infektion mit dem Corona-Virus mit angeordneter häuslicher Quarantäne?**

Ja                       nein

- **Stehen Sie selbst in Quarantäne?**

Ja                       nein

- **Fühlen Sie sich krank? Leiden Sie unter Symptomen wie Husten, Fieber, Atembeschwerden, Halsschmerzen, zeitweisem Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinn?**

Ja                       nein

- **Körpertemperatur:** \_\_\_\_\_ °C

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Zudem bestätige ich, dass ich mich an die Hygienevorgaben der Klinik halten werde. Auch bei Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen besteht durch den Besuch ein Restrisiko für eine Infektion. Hierfür übernimmt die Klinik keine Haftung.

Ich bin mit meiner namentlichen Registrierung, der Angabe einer Telefonnummer, unter der ich regelmäßig zu erreichen bin, der Speicherung der Daten und einer Archivierung für 30 Tage einverstanden. Bei Verdacht einer Erkrankung sowie bei Anfrage werden die Daten an die zuständige Behörde weitergeleitet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Besuchers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeiters

Erstellt: Arbeitsgruppe, AG Erstelldatum: 14.05.2020	Abt: OFS Geprüft: Feichtner, Helga. Ltg. QM	Freigegeben: Trotz, Michael. Gesch. VL
Stand: 07.07.2020	Version: 2	Nächste Revision: 07.07.2022