



Fragebogen zur Erhebung eines Infektionsrisikos mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) für Besucher der Rehabilitationsklinik

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher, um eine Verbreitung des Coronavirus einzudämmen, ist es wichtig, Infektionswege nachvollziehen und betroffene Personen identifizieren und informieren zu können. Dafür bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Wir erfassen Ihre Kontaktdaten, um sie im Fall der Infektion mit COVID-19 an das örtlich zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten. Weiterführende Informationen können Sie an der Rezeption einsehen.

Tragen Sie bitte die nachfolgenden Daten deutlich lesbar (Druckbuchstaben) ein.

Name/Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Sollten Sie mindestens eine der nachfolgenden Fragen mit JA beantworten, wenden Sie sich bitte umgehend an unser Personal.

| | JA | NEIN |
|--|----|------|
| 1. Haben bzw. hatten Sie in den letzten Tagen akut auftretende Atemnot, Husten, Kopf- oder Gliederschmerzen? | | |
| 2. Haben bzw. hatten Sie in den letzten Tagen Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen? | | |
| 3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall? | | |

Die im Herz- und Gefäßzentrum geltenden Hygienemaßnahmen

- Tragen einer FFP2-Maske
 - Händedesinfektion
 - Einhaltung eines Abstandes von 1,5 m zu meinem Angehörigen
- werde ich befolgen und den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten. Der Aufenthalt innerhalb der Klinik ist nur auf der mir mitgeteilten Station und über die direkten Zugangswege dorthin möglich. Die tägliche Besuchszeit ist von **14:00 Uhr bis 18:00 Uhr**. Meine persönliche Besuchszeit ist auf **60 Minuten** begrenzt.

Name des Patienten:

Datum des Besuchs:

Unterschrift des Besuchers:

Von der Rezeption auszufüllen:

.....
Uhrzeit des Betretens

.....
Uhrzeit des Verlassens