



Formular für Besucher, Terminpatienten und Begleitpersonen

Bitte machen Sie vor Betreten des Hospitals folgende Angaben:

Besucher / Patient / Begleitperson

Besucher / begleiteter Patient

(nur auszufüllen, wenn Sie Besucher oder Begleitperson sind)

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Straße,
Hausnr.: _____

Station /
Bereich: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Datum des
Besuchs: _____

Haben/Hatten Sie grippeähnliche Symptome (Fieber, Schnupfen, Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot), Magen-Darm-Beschwerden oder neu aufgetretene Geschmacks- bzw. Geruchsstörungen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten „Corona-Fall“ (Covid-19 positiv)? Ja Nein

Hatte eine Person aus Ihrem unmittelbaren Umfeld zu dem Sie engen Kontakt haben (gemeinsamer Haushalt, Familie, etc.) einen Kontakt zu einem bestätigten „Corona-Fall“ oder besteht eine Quarantäne in Ihrem Haushalt? Ja Nein

Hatten Sie in Ihrer Vorgeschichte einen isolationspflichtigen Erreger (z.B. MRSA, MRGN, MRE)? Ja Nein

Wenn ja, wann und welcher Erreger: _____

Über die aktuellen Besuchs- und Hygienevorgaben bin ich informiert worden. Bei Verlassen des Hospitals ist eine Abmeldung an der Pforte zwingend notwendig.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und
Ihr Verständnis!

Datum und Unterschrift
Besucher / Begleitperson

Wird durch das Hospital ausgefüllt:

Uhrzeit Betreten: _____

Uhrzeit Verlassen: _____