

### Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig: Besucherbefragung

Besucher	Besuch gilt folgendem Patienten
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefonnummer: _____	_____

Sehr geehrte Damen und Herren, zum eignen Schutz und zum Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitenden bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

#### Haben Sie bereits eine Infektion mit COVID-19 durchgemacht?

ja  nein

Falls „ja“: Wo / Wann: \_\_\_\_\_

#### Liegt für Sie eine Quarantäne-Anordnung durch das Gesundheitsamt oder auf Grund von Einreisebestimmungen vor?

ja  nein

#### Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie in den letzten 2 Wochen Symptome, die auf COVID-19 hinweisen (Fieber, Schüttelfrost, Kopf-, Hals-, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Schnupfen, trockener Husten, Atemnot, Durchfall, Geruchs- oder Geschmacksstörungen)?

ja  nein

Falls „ja“: Wann / von wann, bis wann:

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einem Corona Erkrankten?

ja  nein

#### Sind Sie Bewohner einer Wohngemeinschaft oder Massenunterkunft?

ja  nein

#### Sind Sie beruflich in einer Pflege- / Bildungs- / Gemeinschaftseinrichtung, Arztpraxis oder Krankenhaus tätig?

ja  nein

Für die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Wir empfehlen dringend die Nutzung der Corona-Warn-App des Robert-Koch-Instituts, erhältlich im App Store und Play Store.