Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig: Besucherbefragung

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

Folgende Nachweise lagen vor:

O Impfnachweis
O Genesenennachweis
O negativer PCR-Test (<48 Stunden)
O negativer Antigen Schnelltest (<24 Stunden)

Haben Sie derzeit eines oder mehrere der nachfolgend genannten Symptome?
(Fieber, Schüttelfrost, Kopf-, Hals-, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Schnupfen, trockener Husten, Atemnot, Durchfall, Geruchs- oder Geschmacksstörungen)?

O ja O nein

Liegt bei Ihnen aktuell eine COVID-Infektion vor?

O ja O nein

Liegt für Sie eine Quarantäne-Anordnung durch das Gesundheitsamt vor?

O ja O nein

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

O ja O nein

Sind Sie Bewohner einer Wohngemeinschaft oder Massenunterkunft?

O ja O nein

Sind Sie Reiserückkehrer aus /oder nach Aufenthalt in einem Risikogebiet?

O ja O nein

Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen:

- Tragen eines Mund-Nasen Schutzes während des gesamten Aufenthaltes in der Einrichtung
- Ggf. Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgaben des Personals
- Einhaltung der Husten- & Niesetikette
- Durchführung der Hygienischen Händedesinfektion
- Einhaltung des Mindestabstandes von 1,5 m zu allen Personen

Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt in unserer Einrichtung verarbeitet und sind extern nicht zugänglich. Nach einer Aufbewahrungsfrist von 4 Wochen werden diese vernichtet.

Für die Richtigkeit der Angaben:

_____

Datum, Unterschrift