



Dokumentationsbogen Besucher

Bitte bei jedem Besuch ausfüllen und vor dem Betreten des Patientenzimmers dem Stationspersonal zurückgeben!

Besucher:

Name: _____ Vorname: _____

Erreichbarkeit (Tel.-Nr.): _____

Besuchter Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Uhrzeit des Besuchs (von – bis): _____

Besteht bei Ihnen aktuell oder ist in den vergangenen 14 Tagen neu aufgetreten (bitte jeweils „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen):

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - (wissentlich) Kontakt zu einem bestätigten Covid-19 Fall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Krankheitszeichen, die auf Covid-19 hinweisen könnten | | |
| o Fieber (Temp. > 38°C) oder allgemeine Infektzeichen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| o Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| o Durchfall oder Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort / Datum: _____ Unterschrift Besucher: _____

Unterschrift Stationspersonal: _____

- Bitte in einem gesonderten Ordner unter Verschluss auf Station aufbewahren! -