



## 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! -