



Dokumentationsbogen Besucher

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

Besucher:

Name: _____ Vorname: _____

Erreichbarkeit (Tel.-Nr.): _____

Besucher 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 Ja Nein
 - Krankheitszeichen, die auf Covid-19 hinweisen könnten
 - o Fieber (Temp. > 38°C) oder allgemeine Infektzeichen Ja Nein
 - o Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns Ja Nein
 - o Durchfall oder Erbrechen Ja Nein
 - o Aufenthalt in einem Risikogebiet oder Gebiet Ja Nein
- ≥ 50 Neuinfektionen/100.000 Einwohner (7 Tage Inzidenz)
in den letzten 14 Tagen

Ort / Datum: _____ Unterschrift Besucher: _____

Unterschrift Stationspersonal: _____

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