

Besucherregistrierung

In Anlehnung zum Erlass Ministerium für Arbeit-, Gesundheit und Soziales



Vom Besucher auszufüllen:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Name, Vorname des Besuchers: _____

Adresse des Besuchers: _____

Telefonnummer des Besuchers: _____

Name des Patienten: _____

Station u. Zimmer des Patienten: _____

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	Ja	Nein
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. bekannter Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub- und/oder Pollenallergie) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Informationen zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte unserer Besucherinformation an der Pforte.

Greven, den Unterschrift Besucher:

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Einlass gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygieneeinweisung erteilt: Mundschutzpflicht; Abstandsregelung, Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Greven, den Unterschrift Mitarbeiter: