

Eintrittsfragebogen für Besucher

Dokumentenart: Aufzeichnung

Persönliche Angaben des Besuchers:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name des besuchten Patienten:		Besuchsdatum:

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:

Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person (auch beruflich)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten oder Halsschmerzen? Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieber und/oder Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Land/ Region:	<input type="text"/>	

Sind Sie gegen Corona/COVID-19 geimpft? ja nein

Wann und mit welchem Impfstoff?

1. Impfung: Datum:	<input type="text"/>	Impfstoff:	<input type="text"/>
2. Impfung: Datum:	<input type="text"/>	Impfstoff:	<input type="text"/>

Wurde eine Corona Test von einer offiziellen Teststelle auf innerhalb der letzten 24 Std. durchgeführt? ja nein

Welcher Test?:

PCR Antigentest **Ergebnis?** positiv negativ

Genesene Nachweis nach Corona Erkrankung ja nein

Schutz nach Erkrankung bis :

Haben Sie als Genesener eine einmalige Impfung erhalten? ja nein

Datum: Impfstoff

Haben Sie sich mittels der ...App eingeloggt?! ja nein

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte an der Rezeption bzw. an der Eingangskontrolle ab.

- Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten melden Sie sich bitte beim Verlassen der Klinik am Empfang/Eingangskontrolle ab.
- Ich habe die Hygieneregeln zur Kenntnis genommen, sichere deren Einhaltung zu und bestätige, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind.
- Des Weiteren willige ich ein, dass meine Daten maximal einen Monat aufbewahrt und auf Verlangen dem Gesundheitsamt herausgegeben werden dürfen.

<input type="text"/>	Auszufüllen vom Klinikmitarbeiter:	
	<input type="text"/>	Besuchsbeginn Uhrzeit:
Unterschrift Besucher	Besuch gestattet: Unterschrift Mitarbeiter	Klinik verlassen Uhrzeit:

Kinder bis zur Vollendung des 14 Lj. Dürfen mit einer Person einen Patienten besuchen. Ein Eintrittsfragebogen muss für das Kind ausgefüllt werden.