



ZUGANGSCHECKLISTE

Bitte ankreuzen:

PatientIn BesucherIn Fremdfirma

Vor- / Nachname:

Telefonnummer:

Besuch der/Station/Ambulanz/Patient:

Traten in den vergangenen 14 Tagen folgende Symptome auf
oder trifft Folgendes zu?

	Ja	Nein
Trockener Husten / Halsweh		
Kurzatmigkeit		
Fieber		
Geschmacks- oder Geruchsstörung		
Durchfall		
Hatten Sie wissentlich in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, die positiv auf Corona getestet wurde?		

.....
Datum/Uhrzeit

.....
Unterschrift

Hände-
desinfektion



Verpflichtender
Mund-Nasen-Schutz

Die Erfassung der Besucherdaten erfolgt auf Empfehlung des Bundesministeriums und dient einer eventuell erforderlichen Kontaktpersonennachverfolgung in Zusammenhang mit SARS-CoV-2.