

Fragebogen - Selbstauskunft Covid-19

Liebe PatientInnen, liebe BesucherInnen des Marien-Hospitals,
wir sind gehalten, Ihnen vor Ihrem Besuch bestimmte Informationen zu geben, bzw. auch zu erfragen.

- In Isolierbereichen ist aus Infektionsschutzgründen ohne individuelle Abklärung **kein Besuch möglich!**
- Besuche sind nur für Personen möglich, die einen negativen Covid-Test (nicht älter als 24 Stunden) vorweisen können.
- Während des Aufenthaltes im Marien-Hospital muss ein medizinischer Mund-Nase-Schutz oder eine FFP2-Maske getragen werden.
- Bei Besuchen achten Sie bitte darauf, dass sich in Mehrbett – Zimmern nicht mehr als zwei Besucher gleichzeitig aufhalten.
- Sollten Sie eine der untenstehenden Fragen (1 oder 2) mit **JA** beantworten, ist ein **Zugang in das Haus leider nicht gestattet.**

Folgende Angaben benötigen wir von Ihnen:

Name, Vorname _____	Geb.-Dat. _____
Adresse: _____	
Tel. Nr. _____	
Datum _____	Uhrzeit _____
Zu besuchende/r Patient/in (Name, Vorname) / oder Abteilung _____	

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor Ihrem Besuch einen nachgewiesenen / bekannten Kontakt zu einer positiv auf Corona getesteten Person oder waren Sie in einem besonders von COVID betroffenen Gebiet im In- oder Ausland?

- Nein Ja

2. Leiden Sie an einem der folgenden Beschwerden?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Trockener Husten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Fieber > 38,5 °C | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Gliederschmerzen / Grippe-Beschwerden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Geschmacks- / Geruchsverlust | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Unterschrift Patient/ Besucher

Unterschrift Arzt