

Besucher-Eingangsscreening Covid-19

Liebe Besucher/-innen des St. Willibrord-Spitals,
wir sind gehalten, Ihnen vor Ihrem Besuch bestimmte Informationen zu geben, bzw. auch von Ihnen zu erfragen.

Folgende Angaben benötigen wir von Ihnen:

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

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor Ihrem Besuch einen nachgewiesenen / bekannten Kontakt zu einer positiv auf Corona getesteten Person?

- Ja Nein

2. Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden?

- | | |
|--|---|
| 1. Trockener Husten | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Fieber > 38,5 °C | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Halsschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Gliederschmerzen / Grippe-Beschwerden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Geschmacks- / Geruchsverlust | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit den Infektionsschutzmaßnahmen des St. Willibrord-Spitals Emmerich. Mir ist bewusst, dass ich die FFP-2-Maske während des gesamten Aufenthaltes tragen muss. Die Maske ist auch im Patientenzimmer zu keinem Zeitpunkt abzulegen. Ein Mindestabstand von 1,5m ist jederzeit einzuhalten, auch zu den Patienten.

Mir ist bewusst, dass ich bei Zuwiderhandlung des Hauses verwiesen werden kann und mit einem Hausverbot rechnen muss.

Der Besuch beschränkt sich auf eine Person pro Patienten / Patientin pro Tag für maximal eine Stunde in der Zeit zwischen 14:00 und 17:00 Uhr.

Unterschrift Besucher/-in