

## Fragebogen COVID-19

bei Besucherinnen und Besuchern/ Dienstleister/ Seelsorge  
während der COVID-19 Pandemie



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,  
aufgrund der aktuellen Coronavirus-pandemie (COVID-19) führt unsere Einrichtung bei allen Besucherinnen und Besuchern eine allgemeine Befragung zu möglichen Symptomen einer COVID-19 Erkrankung durch. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich für Zwecke der Kontaktaufnahme im Infektionsfall verwendet und nach Zweckerfüllung, spätestens nach 4 Wochen, vernichtet. Rechtsgrundlage ist das Infektionsschutzgesetz.

Besucherdaten	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail	
Datum des Besuches:	
Uhrzeit des Besuches (von/bis):	
Name, Vorname des besuchten Patienten	
Station /Zimmer	

### Fragebogen COVID- 19 (Corona Virus Disease) Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach RKI definierten Risikogebieten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist/sind bei Ihnen ein oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten?  Fieber, Husten, starker Schnupfen, Kurzatmigkeit / Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Bindehautentzündung, Hautausschlag, allgemeine Abgeschlagenheit und Leistungsverlust (soweit die Symptome nicht durch eine bestehende Vorerkrankung z.B. Allergie erklärbar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei Angabe „ja“ → RS CA/VL/diensthabender Arzt

### Von der Aatalklinik auszufüllen

Eine Einweisung in die bestehenden und relevanten Hygienemaßnahmen ist seitens der Einrichtung erfolgt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Besucher/ in

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift /Klinik