

## Checkliste besuchende und betreuende Personen

Vor- und Nachname:	
Adresse:	Tel.:

Wer wird besucht/betreut:

Station/Abteilung:

Datum der Befragung:

**Temperatur:**

1. Hatten Sie in den letzten 48h Symptome, die auf eine Covid 19 Erkrankung hinweisen?

Fieber oder erhöhte Körpertemperatur? Atemnot oder Husten?

ja  nein

Halskratzen, Ohrenscherzen? Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinns?

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt war?

ja  nein

**Sollten Sie eine der Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie zum Schutz des Patienten und Ihrem eigenen Schutz von einem Besuch Abstand zu nehmen.**

3. Können Sie einen negativen tagesaktuellen qualifizierten Schnelltest (max. 24h) oder einen aktuellen PCR (max. 48h) vorweisen?

ja  nein

Datum des Testes:

**Ohne gültigen Test dürfen Sie das Haus nicht betreten**

Die Datenschutzhinweise wurden mir ausgehändigt, mit der Erhebung meiner Daten bin ich einverstanden.

Die aktuell geltenden Hygienemaßnahmen (Händedesinfektion, FFP-2 Maske, Abstand) sind mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift betreuende oder besuchende Person

Betreuende oder besuchende Person darf das Bundeswehrkrankenhaus betreten.

ja  nein

Uhrzeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Covid Ambulanz \_\_\_\_\_