

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>Angaben zur Person: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Begleitperson</b> |                      |
| Name, Vorname:   |                      |
| Ziel (Station/Abteilung/Klinik) im Klinikum:   |                      |
| <b><u>Bei Besuchern/Begleitpersonen zusätzlich:</u></b>  |                      |
| Anschrift oder Telefonnummer:  |                      |
| Name des Patienten, der besucht/begleitet wird:  |                      |
| Uhrzeit Beginn Besuch:   | Uhrzeit Ende Besuch: |

| Fragebogen :   | Patient                  |                          | Besucher/<br>Begleitperson |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
|  | Nein                     | Ja                       | Nein                       | Ja                       |
| Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung oder einen nicht widerlegten Verdacht einer Corona-Infektion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die in den letzten 4 Wochen an Corona erkrankt war oder einen nicht widerlegten Verdacht einer Corona-Infektion hatte oder sind Sie selbst aktuell in häuslicher Quarantäne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 2 Wochen typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, also: Fieber, trockener Husten, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinn?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie in den letzten 2 Wochen aus einem Risikogebiet gem. der Einreise-Quarantäne-Verordnung des Landes Baden-Württemberg zurückgekehrt und unterliegen einer Quarantänepflicht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für betreutes Wohnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                          |

**Separierung von anderen Wartenden/Patienten, Ziel-Ambulanz oder -Klinik informieren, Begleitpersonen/Besucher abweisen, wenn:**

→ 1x **Blau** in Fragebogen

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Datum _____ | Unterschrift _____ |
|-------------|--------------------|