

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

Fragebogen :	Kind (Patient)		Besucher/ Begleitperson	
	Nein	Ja	Nein	Ja
Hatten das Kind oder Sie (Besucher, Begleitperson) 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 das Kind oder Sie (Besucher, Begleitperson) 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 ist Ihre Familie in häuslicher Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten das Kind oder Sie (Besucher, Begleitperson) 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 das Kind oder Sie (Besucher, Begleitperson) in den letzten 10 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 _____
-------------	--------------------