

Angaben zur Person: Kind (Patient) Besucher Begleitperson

Name, Vorname: _____

Ziel (Station/Abteilung/Klinik) im Klinikum: _____

Bei Besuchern/Begleitpersonen zusätzlich:

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 _____