

Liebe Besucher, liebe Besucherinnen,

wir freuen uns sehr, Ihnen wieder eine Besuchsmöglichkeit in unseren Häusern zu ermöglichen! Da wir im Rahmen der Pandemie leider noch längst nicht zur alten Normalität zurückkehren können, bitten wir Sie einige Regeln zu beachten.

Zum Schutz Ihrer Angehörigen und unserer Mitarbeiter bitten wir Sie zunächst folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

	Ja	Nein
Fieber (Temperatur >37,5°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen oder Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(trockener) Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetretene Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht vorbestehende Geschmacks- oder Geruchsverlust bzw. Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall oder Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust in den letzten Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen (soweit durch Vorerkrankungen (Heuschnupfen, Hausstauballergie, COPD) nicht erklärbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit einem SARS- CoV-2-positiven Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Nachverfolgung von möglichen Infektionsketten sind wir verpflichtet Ihre persönlichen Daten zu erheben und bitten um Angabe folgender Kontaktdaten:

Datum/ Uhrzeit:	
Name/Vorname:	
Straße u. Hausnummer	
Postleitzahl u. Ort	
Telefonnummer:	
Ich besuche Frau/Herrn:	

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie auf die Informationen zum Datenschutz hingewiesen wurden (Aushang und www.raphaelsklinik.de). Das Informationsblatt zu geltenden Hygienerichtlinien wurde Ihnen ausgehändigt.

Unterschrift: _____

Aktuelle Temperatur des Besuchers:	
------------------------------------	--

HZ Mitarbeiter: _____