

Checkliste für Patienten, Begleitpersonen und Besucher

FB.A.HYG.053.02

Datum

Uhrzeit

Mitarbeiter

**Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgetreu zu beantworten
und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:**

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in den letzten 14 Tagen bzw. wohnen Sie in einem regionalen Risikogebiet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie aktuell unter Erkrankungssymptomen, Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Fieber, usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie an einer akuten Durchfallerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Familienmitglieder, die mit Ihnen im gleichen Haushalt leben, Corona-positiv getestet worden oder hatte ein Familienmitglied Kontakt mit einem Corona-positiven Fall (in der Regel sind dies Quarantäne-Fälle)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Begleitperson | Besucher

Vor- & Nachname, Geburtsdatum

Anschrift, Telefonnummer

Unterschrift Begleitperson | Besucher

Patient

Vor- & Nachname, Geburtsdatum

Anschrift, Telefonnummer

Unterschrift Patient

Bitte geben Sie den Grund für Ihren Besuch an:

Die Datenerfassung erfolgt auf Basis der Vierten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (4. BayIfSMV) vom 5. Mai 2020 des Freistaates Bayern. Die Daten werden für die Dauer des stationären Aufenthalts (Ihres Angehörigen) gespeichert und bei Entlassung unverzüglich gelöscht. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie gerne auf Anfrage.