

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß.

Vorname Name:

Adresse:

Telefon:

Name des zu Besuchenden:

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht (siehe veröffentlichte Liste)

 Ja Nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?

 Ja Nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinns bemerkt?

 Ja Nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer an SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

 Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

 Ja Nein1. Sind Sie vollständig geimpft? Ja Nein

Wenn ja, bitte um Vorlage Original Impfpass/Impfbescheinigung oder digitaler Impfausweis.

2. Waren Sie an COVID erkrankt? Ja Nein

a) Wenn ja, bitte um Vorlage Original des Genesenennachweises (maximal 6 Monate zurückliegend).

 Ja Nein

b) Wenn ja, Nachweis der Genesung durch Vorlage des letzten positiven PCR-Testergebnisses (mindestens 28 Tage sowie maximal 6 Monate zurückliegend).

 Ja NeinWenn 1-2 nicht vorliegt, ist ein **tagesaktueller negativer Antigen-Schnelltest oder ein negativer PCR-Test, der nicht älter als 24 Stunden ist** vorzulegen.Angaben geprüft:
(Unterschrift Mitarbeiter)**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung des Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen......
Ort, Datum.....
UnterschriftHiermit bestätige ich, dass ich sowohl das **Informationsblatt zum Datenschutz** als auch das **Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen......
Datum.....
Unterschrift

Dateiname:	KH-FB Gesundheitsfragebogen für Besucher (4-00)	Seite:	1 von 1
Ersteller:	Bärbel Schwalm (Recht/Compliance), Ingrid Friese (Leistungsabrechnung)	Erstelldatum:	21.07.2021
Freigabe:	Priv.-Doz. Dr. Thomas Menzel (VS), Burkhard Bingel (VS)	Freigabedatum:	21.07.2021

Ausdrucke können veralten - Aktualität der Version regelmäßig prüfen

© Klinikum Fulda gAG

Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.