

**COVID-19 Anamnese Besucher/-innen/Begleitperson/Sorgeberechtigte/-r**

- Besucher/-innen**       **Begleitperson**       **Sorgeberechtigte/-r**  
 **Sonstiges:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Welcher Patient wird begleitet/besucht?**

Name des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/-r Besucher/-innen/Begleitperson/Sorgeberechtigte/-r,

zu Ihrem eigenen Schutz, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

- 1. Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne, in häuslicher Isolierung oder Absonderung?**  Ja  Nein
- 2. Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 10 Tagen? Bitte zutreffendes ankreuzen:**
  - Fieber > 38 °C       Atemnot       Allgemeines Krankheitsgefühl
  - Kopfschmerz       Trockener Husten       Durchfall/Übelkeit
  - Halsschmerzen       Schüttelfrost       Geruchs-/Geschmacksverlust
  - Schnupfen       Glieder-/Muskelschmerzen
- 3. Hatten Sie Kontakt zu Menschen in Quarantäne innerhalb der letzten 14 Tage?**  Ja  Nein
- 4. Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?**  Ja  Nein
- 5. Sind Sie Bewohner eines Pflegeheim, Pflege-WG oder Massenerkrankung in dem es in den letzten 14 Tage COVID-19 Fälle gab?**  Ja  Nein

Es wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind und sich keine neuen Aspekte ergeben haben:

\_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/-in