

Formular für Besucher

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Schutz unserer Patienten, Mitarbeiter und aller Besucher und Angehörigen wollen wir eine Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 in unserer Klinik verhindern.

Bitte befolgen Sie unsere Hygienerichtlinien zum Schutz aller:

- **In der gesamten BDH- Klinik muss ein FFP2 – Mund - Nasenschutz getragen werden.**
- Vor Betreten und nach Verlassen der Klinik muss eine Händedesinfektion durchgeführt werden
- Wenn möglich einen Mindestabstand zu anderen Personen einhalten
- Kein Händeschütteln und keine Umarmung
- Einhaltung der Husten- und Niesetikette

Name, Vorname:

Name, Vorname des besuchten Patienten:

Checkliste Gesundheitsfragen

1. Ist bei Ihnen eine akute Covid-19-Infektion bekannt?

ja:

nein:

2. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen direkten Kontakt zu einer Person, die zum Kontaktzeitpunkt mit Covid-19 infiziert war?

ja:

nein:

3. Leiden Sie unter folgenden Krankheitssymptomen: **Fieber, Halsschmerzen, Schnupfen, Husten, Durchfall, Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn?**

ja:

nein:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____