

# Erfassungsbogen für Besucher

Name, Vorname:	
Geboren am:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Name, Vorname Patient:	Station / Abteilung:	Zimmer:

	Ja	Nein
Grippale Symptome? Wenn ja-Welche?		

- Fieber                       Muskel- / Gelenkschmerzen                       Übelkeit / Erbrechen  
 Husten                       Halsschmerzen                       Durchfall  
 Luftnot                       verstopfte Nase / Schnupfen                       Geruchs- / Geschmacksverlust

**Externe Diagnostik:** Antigen ST (nicht älter als 24 Stunden) / PCR (nicht älter als 48 Stunden)

Datum:	Zeit:	Diagnostik: Abstrich			Ergebnis:		Erfasst von:
		AG – ST	PCR		Negativ:	Positiv:	

**Status:**                       genesen

(Vorlage eines positiven PCR-nicht jünger als 4 Wochen und nicht älter als 6 Monate)

**Impfstatus:**                       1x geimpft                       2x geimpft

(Vorlage eines gültigen Impfzertifikates-> 2. Impfung muss mind.14 Tage zurück liegen)

Ort/ Datum:

Unterschrift des Besuchers