



Bitte füllen Sie dieses Formular aus und händigen es den Mitarbeitern in unserer Eingangshalle aus.

Sehr geehrte Besucher,

wir bitten Sie, zum Schutz der Patienten unseres Hauses, das Formular auszufüllen. Sie leisten damit einen großen Beitrag zum Schutze Ihres Angehörigen und der Mitpatienten. Wir danken für Ihre Unterstützung.

Ihre Krankenhausbetriebsleitung

| | |
|----------------|------------------------------------|
| Name: _____ | Zu besuchende(r) Patient*in: _____ |
| Vorname: _____ | _____ |
| Adresse: _____ | Station: _____ |
| _____ | Datum: _____ |
| Telefon: _____ | Uhrzeit: _____ |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:

| | |
|--|--|
| Allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Fieber >38,5°C | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Husten oder Luftnot | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Kopf- oder Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Durchfallerkrankung | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Patienten? | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |
| Befanden Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem durch das RKI definierten Risikogebiet? | <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein |

***falls ja, ist ein Besuch nicht möglich**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Regelungen für meinen Besuch im St. Marien-Hospital Düren zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Unterschrift des Besuchers

Grundlage dieser Regelung und Abfrage ist die aktuelle Corona-Schutzverordnung NRW. Falschangaben gefährden Patienten sowie Mitarbeiter, stellen eine Ordnungswidrigkeit dar und können daher zur Anzeige gebracht werden.