

Besucher / externe Gäste / ambulante Patienten

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Besuchsgrund: _____

Als Besucher / externer Gast / ambulanter Patient

- bin ich verpflichtet, mich an die Weisungen des Personals von Bad Clevers zu halten,
- bestätige ich, dass ich alle Hygienevorgaben der Klinik (insbesondere FFP2-Maske während des kompletten Besuchs, Mindestabstand 1,5m, usw.) beachten und einhalten werde,
- habe ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Selbstauskunft Corona

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Wochen Kontakt zu einem bestätigten COVID-Patienten bzw. einem Corona-Verdachts- / Quarantänefall oder engen Kontakt zu einer Person mit einer akuten Lungenerkrankung? JA NEIN

Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber ($\geq 37,5^\circ \text{C}$)? JA NEIN

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mindestens eines der folgenden Symptome?
Fieber, Husten, neu aufgetretene Kurzatmigkeit, nicht allergischer Schnupfen, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Halsschmerzen, Geruchs- / Geschmacksstörungen, neu aufgetretene und Ihnen nicht bekannte Kopfschmerzen, Durchfall / Übelkeit / Erbrechen JA NEIN

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland? JA NEIN

→ falls JA, wo: _____

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis: Das korrekte Ausfüllen dieses Bogens dient der Sicherheit von Ihnen selbst, aber auch allen anderen. Sollten Sie eine Frage mit JA beantworten, ist ein Besuch nicht ohne vorherige Zustimmung unseres Ärzteteams möglich. Wie in allen Bereichen des öffentlichen Lebens kann auch in unserer Klinik ein Restrisiko für eine Infektion mit dem Corona-Virus trotz aller Sicherheitsmaßnahmen nicht ausgeschlossen werden.

Datum, Uhrzeit

Unterschrift