

Durchgangsbescheinigung

Bogen verbleibt auf Station.
Bitte beim Patienten unter
Aufnahme scannen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin: ein/e Besucher*in
 ein/e ambulante/r Patient*in
(z.B. Termine in einer Sprechstunde, zu einer Untersuchung, zu Vorgesprächen, etc.)

Besucher*in bei Initialen Patient*in (wer wird besucht?): _____

Bereich/Station: _____

Beginn Uhrzeit: _____ Ende Uhrzeit: _____
(Eintrag von Station)

Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt
zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist? Ja Nein

Haben Sie in den vergangenen 48 Stunden bei sich
eines oder mehrere der folgenden Symptome festgestellt:

- Geruchs- oder Geschmacksstörungen? Ja Nein
- Fieber? Ja Nein
- Husten, Atemnot? Ja Nein
- Halsschmerzen, Schnupfen,
Kopf- oder Gliederschmerzen, Durchfall? Ja Nein

Sollten Sie mindestens eine dieser Fragen mit „**Ja**“ beantworten, dann dürfen
Sie als Besucher*in die Klinik **nicht** betreten. Als Patient*in nehmen Sie bitte
telefonisch Kontakt zu der behandelnden Abteilung auf.

Bitte geben Sie als Patient*in Ihre Durchgangsbescheinigung in der
behandelnden Abteilung ab.

Unterschrift Mitarbeiter*innen Datum Unterschrift Besucher*in/Patient*in
der Information