



Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

**Angaben zum Patienten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Besucher**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**1. Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Husten Schnupfen Halsschmerzen Fieber Luftnot Durchfall   
 Kopf- und Gliederschmerzen Abgeschlagenheit Geschmacks- bzw. Geruchsverlust

**2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19\*- Fall?**

Ja  Nein

**3. Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne bzw. liegt ein pos. COVID-19 Befund vor?**

Ja  Nein

**4. Sind Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage gereist? \*\***

Ja  Nein

Falls ja, wohin? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Besuchers: \_\_\_\_\_

- Bitte geben Sie dieses Formular vor jedem Besuch ausgefüllt an der Rezeption ab.
- Zeigen Sie zusätzlich die Kopie Ihrer Besuchserlaubnis an der Rezeption vor.
- Bitte melden Sie sich am Ende Ihres Besuches bei der Rezeption wieder ab.
- Bitte beachten Sie, dass ein Besuch nicht möglich ist, sofern Sie an Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion leiden, Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet aufgehalten haben oder Sie sich als Kontaktperson/bzw. aufgrund einer COVID-Infektion in Quarantäne befinden.

\*COVID-19 = Erkrankung durch das neuartige Coronavirus

\*\*Betretungsverbot nach Aufenthalt in einem deklariertem Risikogebiet (siehe mitgeltendes Dokument sowie Empfehlungen des RKI)

R 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100