



BESUCHER – CHECKLISTE

Corona – Virus

Auf Grundlage §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) erlies das **Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** zum 14.02.2020 eine **Allgemeinverfügung** (Az. G51b-G8000-2020/122-56) zur **Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen**.

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Besucherdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Ausweis-Nr.: _____

Grund für den Besuch:

Name Patient: _____ Station: _____

Besuchsgrund: _____

1. Leiden Sie aktuell unter Akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Fieber über 37,9 °C? JA NEIN
2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall)?
Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten. JA NEIN
3. Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet auf? (Risikogebiete nach Robert-Koch-Institut: siehe Anhang) JA NEIN

Datum

Unterschrift Besucher