

### 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) erließ das MAGS NRW eine **Verordnung zur Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.**

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

Besuchsdatum\*: \_\_\_\_\_ Besuchszeit\*: \_\_\_\_\_

**\* Ist vorab über unsere Hotline 02421/599-982 zu vereinbaren.**

#### Besucherdaten:

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

**Sind Sie Urlaubsrückkehrer?  
(rückwirkend 14 Tage)**

**Urlaubsland:** \_\_\_\_\_

Besuchswunsch bei folgendem Patienten:

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Die folgenden Krankheitszeichen sind innerhalb der letzten 14 Tage aufgetreten:

	Ja	Nein
<b>Block 1: akute Atemwegserkrankung mit:</b> <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit/Atemnot <input type="checkbox"/> Verlust des Geruch- oder Geschmacksinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Block 2: allg. (infektbezogene) Krankheitssymptome mit:</b> <input type="checkbox"/> Fieber/Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (direkter Zusammenhang mit einem Infekt) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Block 3: mögl. Kontaktperson / SARS-CoV-2</b> <input type="checkbox"/> Kontakt zu einer positiv getesteten Person in den letzten 14 Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls einmal Ja angekreuzt: Kein Besuch möglich		
Falls dreimal Nein angekreuzt: Besuch möglich		
Besuch möglich:	Ja	Nein
Hinweis: Diese Checkliste wird in der Patientenakte des besuchten Patienten archiviert.		