

# KKRN GmbH: Corona Auskunftsbogen für Besucher

**Bitte vollständig ausfüllen und bei Besuch im Krankenhaus vorlegen.**

**Datum & Ankunftszeit**

Besucherdaten:

**Besuchs-Endzeit**  
(wird vom Krankenhaus ausgefüllt)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Bemerkung	

Folgender Patient soll besucht werden:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Station
---------------	--------------	---------

**Angaben zur Risikoeinschätzung des Besuchers:**

Sind Sie eine Kontaktperson eines bestätigten Falles?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie eine Kontaktperson zu einem Verdachtsfall?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Rückreisler aus einem ausgewiesenen Risikogebiet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Haben Sie folgende Symptome?**

Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Husten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Besuch verändert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Optional:

**Temperaturmessung:**

Hinweis:

Die Erhebung der Daten erfolgt auf Grundlage von §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)