



Kurzfragebogen (COVID-19)

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,**

aufgrund der aktuellen Coronaviruserkrankungen (COVID- 19) führen wir bei allen Personen eine allgemeine Befragung zum Aufenthalt in Risikogebieten und zu möglichen Kontaktpersonen durch.

Dies gibt Ihnen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Name der besuchten Patientin / Patienten/ Ambulanz: _____

Zeitpunkt des Betretens: _____

Zeitpunkt des Verlassens: _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig und beachten Sie umseitige Besucherregeln.

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter, ohne Mund-Nasen-Bedeckung) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person in den letzten 14 Tagen?

Nein Ja

Sind bei Ihnen folgende Symptome oder ähnliche aufgetreten? Trockener Husten mit oder ohne Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Geschmack- und Geruchslosigkeit?

Nein Ja, seit wann? _____

Datum, Unterschrift Besucher / Besucherin / Patientin / Patient



Besucherregeln

1. **Besuchszeiten:** 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Pro Patient wird eine Besuchszeit von max. 60min. fest zugeordnet (14:30 Uhr, 15:30 Uhr oder 16:30 Uhr). Ein Tauschen der Besuchszeiten unter Zimmernachbarn ist möglich.
2. **Besuchereingang** ausschließlich über den **Haupteingang** in der **Krankenhausstraße 13, 49661 Cloppenburg**
3. Die **Anzahl der Besucher** im Patientenzimmer richtet sich nach der Patientenbelegung des Zimmers. Es muss immer ein **Mindestabstand von 1,5 Metern** durch den Besucher zum Mitpatienten eingehalten werden. Dies ergibt folgende Regelung:
 1. 3-Bett-Zimmer: zwei Besucher zeitgleich pro Patient
 2. 2-Bett-Zimmer: drei Besucher zeitgleich pro Patient
 3. 1-Bett-Zimmer: je nach Größe des Zimmers bis zu 9 Besucher
4. **Nennung des vollständigen Namens des Patienten**, den sie besuchen möchten
5. **Mindestalter** des/der Besuchers/Besucherin: **6 Jahre** in Begleitung eines Erwachsenen, sofern das Kind einen Mund-Nasen-Schutz tragen kann.
6. **Kein Besuch von Patienten**, die positiv auf COVID-19 getestet wurden sowie Verdachtsfälle
7. **Keine Krankheitssymptome** wie z.B. Fieber und Atemwegserkrankungen, Besucher mit Symptomen dürfen das Haus nicht betreten
8. Sie müssen sich **Fieber messen** lassen und einen **Fragebogen ausfüllen**
9. Zur Personenkontrolle fragen wir ggf. Ihren **Personalausweis** ab
10. Besuchsdauer **maximal 60 Minuten**
11. **Mindestabstandsregelung von 1,5 Meter**, auch zum Patienten und anderen Besuchern sowie Personal
12. Mitbringen eines **eigenen OP-Mund-Nase-Schutzes ohne Ausatemventil**. Wenn Sie keinen geeigneten Mund-Nasen-Schutz besitzen, können Sie bei uns einen erwerben.
13. **Mundschutzpflicht** auf dem gesamten Krankenhausgelände
14. Sie können den PatientInnen gerne Geschenke mitbringen. Der **Verzehr von Lebensmitteln** ist jedoch zu unterlassen

Wir bitten Sie zum Schutz der PatientInnen, MitarbeiterInnen und Ihnen selbst, nur enge Angehörige und Freunde zu Besuchen sowie Besuche nur in dringend notwendigen Fällen durchzuführen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass es am Haupteingang zu Wartezeiten kommen kann. **Bitte halten Sie sich auch außerhalb des Krankenhauses an die Abstandsregelung von mindestens 1,5 Metern, wenn Sie auf den Einlass in unser Krankenhaus warten.**

Damit Sie und unsere Patienten geschützt werden, desinfizieren Sie sich immer nach folgendem Vorgehen die Hände: **Bevor** Sie zur Ihrem Angehörigen gehen, desinfizieren Sie bitte am Haupteingang Ihre Hände für 30 Sekunden mit unserem alkoholischen Desinfektionsmittel. **Bevor** Sie das Zimmer betreten **und nachdem** Sie das Zimmer verlassen, desinfizieren Sie bitte erneut Ihre Hände für 30 Sekunden mit unserem alkoholischen Desinfektionsmittel.