
 Фамилия, имя и дата рождения пациента

 Дата посещения*
 (*по предварительной телефонной записи)

 Время посещения*

Контактные данные посетителя

 Фамилия, имя

 Номер телефона

 Адрес

Чек-лист о состоянии здоровья для выявления случаев подозрения Covid-19

	Да	Нет
1. У Вас есть кашель, температура, затрудненное дыхание или другие симптомы простуды?		
2. За последние 14 дней Вы контактировали с лицами, у которых был подтвержден диагноз Covid-19?		
3. За последние 14 дней Вы находились в регионах, в которых подтверждена повышенная заболеваемость на пневмонию вирусного происхождения?		



Посещение запрещено:
 Если Вы хотя бы один раз отметили «Да»



Посещение разрешено:
 Если Вы три раза отметили «Нет»

Я, _____, подтверждаю, что указанные мной сведения достоверны. Если состояние моего здоровья изменится на протяжении стационарного лечения указанного выше пациента, я обязуюсь немедленно проинформировать об этом сотрудников клиники.

Все сведения указаны мной добровольно. Я проинформирован(-а) о том, что мои данные будут храниться в информационной системе клиники в целях отслеживания контактных лиц в условиях пандемии коронавируса. В случае отслеживания контактных лиц мои данные будут переданы в соответствующее медицинское учреждение. Чек-лист о состоянии здоровья уничтожается через один месяц после посещения.

Я прочитал(-а) и понял(-а) выданный мне информационный лист.

 Дата

 Фамилия печатными буквами / Подпись

www.lahn-dill-kliniken.de

Ersteller: P. Jenke/Justizariat, U. Hiller/Hygiene, S. Orth / Projektmanagement	Freigeber: Krisenstab	Prüfer: Name / Abteilung	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 13.07.2020	Prüfungsdatum: TT.MM.JJJJ	Seite 1 von 1
F_Gesundheitscheckliste_Besucher © Lahn-Dill-Kliniken GmbH			