



## Registrierungsbogen

für Besucher zum Zweck der Kontaktpersonennachverfolgung  
im Rahmen der Corona-Schutz-Verordnung in ihrer  
jeweils aktuellen Form.

### Wen besuchen Sie?

<b>Anlass des Besuches</b>	
<b>Name, Vorname des Patienten</b>	

### Ihre Kontaktdaten

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
Besuchstag	
Uhrzeit Ankunft in der Klinik	
Uhrzeit Verlassen der Klinik (trägt MA der Rezeption ein)	

### Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen einer der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	Ja	Nein
Fieber		
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar		
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (bspw. Allergien) erklärbar		

	Ja	Nein
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer SARS-CoV-2- positiven Person gehabt?		

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Sie erklären, dass Sie nicht zu einer Personengruppe gehören, für die ein Betretungsverbot für  
das Ev. Krankenhaus Bethesda besteht (Vgl. Hygieneregeln).

Sie erklären, dass Sie die Hygieneregeln für Besucher des Ev. Krankenhaus Bethesda erhalten  
haben und sich verpflichten, diese zu befolgen.

Sie erklären Ihr Einverständnis, dass dieser Bogen an der Rezeption des Ev. Krankenhaus  
Bethesda verbleibt und 4 Wochen zum Zwecke der Kontaktpersonennachverfolgung aufgehoben  
wird. Wenn der Zweck erfüllt ist, wird dieser Registrierungsbogen datenschutzkonform entsorgt.

Mönchengladbach,

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift