

COVID-19 salgını sırasında Westfalen Kliniği ziyaretçileri için kendini ifade etme

Kendiniz hakkında genel bilgiler (lütfen okunaklı bir şekilde doldurunuz!)

Ad ve soyad:	
Adres:	
Telefon Numaranız:	
E-mail adresiniz:	
Ziyaret edilecek hasta:	
Hasta odası ve oda numarası:	
Ziyaretin tarihi, saati ve süresi:	

Belirtiler

Son 14 gün içinde aşağıdaki belirtilerden herhangi birini geçirdiniz mi?

	evet	hayır
Ateş (>38°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer gerekliyse. ölçülen gerçek sıcaklık		
Öksürük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tat veya koku kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şiddetli nezle, eğer değilse önceden var olan bir durum (örn. alerjiler) açıklanabilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mevcut bir tıbbi durumla açıklanamadığı sürece genel yorgunluk ve / veya performans kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şu anda karantinada mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son 14 gün içinde yurtdışında bulundunuz mu veya Almanya'da özellikle etkilenen bir bölgede bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	evet	hayır
Son 14 gün içinde SARS-CoV-2 pozitif biriyle temasınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hastane tarafından doldurulacak:

	evet	hayır
Ziyaretçinin kabulüne izin verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih, ziyaretçinin imzası

Klinikum Westfalen'in tarihi, imzası