



Risikobewertung und Selbstauskunft für Besucher der Reha-Klinik

Dieses Dokument ist für Besucher der RK auszufüllen und ist während des Aufenthalts in der RKWE mitzuführen sowie am Zielort den ärztlichen/pflegerischen Mitarbeitern vorzuzeigen.

Beim Verlassen der Station ist es den Pflegemitarbeitern auszuhändigen und wird in der Patientenakte abgelegt.

Telefon Station 1: 801-174, Station 2: 801-180, Patientenverwaltung: 801-200

Name:	Vorname:
Name Patient und Besuchszeit:	Ziel (Station/Bereich):

Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Gliederschmerzen, Geruchs- oder Geschmackstörung, Durchfall?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Datum und Unterschrift des Besuchers
Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich die ausgehängten Hygiene-Richtlinien einzuhalten

<u>Bewertung für RKWE-Mitarbeiter:</u> Mindestens 1x Ja: Information des ärztlichen Dienstes.
--