

Persönliche Daten (verpflichtende Angaben):

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin

Patient; ich habe einen Termin bei _____

Besucher/Begleitperson für folgende/n Patient/in:

Name: _____ Station: _____

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ein oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome?

Fieber > 38°C Husten Kurzatmigkeit/Luftnot Schnupfen

Halsschmerzen Abgeschlagenheit/Kopf-/Gliederschmerzen

Geruchs-/Geschmacksstörungen (neu aufgetreten) Durchfall/Übelkeit/Erbrechen

Keine der vorgenannten Beschwerden

2. Liegen andere Risikofaktoren vor?

Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten? ja (falls ja, wann _____)

Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne? ja (falls ja, wann _____)

Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? ja (falls ja, wann _____)

Abstrich-Ergebnis: positiv, negativ

Enger Kontakt mit Menschen, die derzeit an einer akuten Atemwegsinfektion leiden? Ja

Es liegt **keiner** der vorgenannten Risikofaktoren vor.

Datum: _____, Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie:

Das Betreten unserer Einrichtung ist nur möglich, wenn der Bogen bis hierher vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Dies dient Ihrer Sicherheit, der Sicherheit aller uns anvertrauten Patienten sowie unserer Mitarbeiter. Wir weisen Sie darauf hin, dass – wie in anderen Bereich des öffentlichen Lebens auch – ein Restrisiko für die Infektion mit dem neuartigen Coronavirus trotz aller Sicherheitsmaßnahmen nicht ausgeschlossen werden kann.

Hinweise zum weiteren Vorgehen siehe Rückseite.

Ersteller:	Stellv. BL Julia Eggel	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	29.06.2020
Version:	02	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher., Ausdruck vom 29.06.2020, Seite 1 von 2	

