

Persönliche Angaben des Besuchers:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Adresse:
Telefonnummer:	PLZ & Ort:
E-Mail:	Besuchsdatum:
Name des besuchten Patienten:	

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ...

Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person (auch beruflich)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Husten oder Halsschmerzen? Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieber und/oder Schüttelfrost?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? Wenn ja, wo? Land/ Region:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sind Sie gegen Corona/COVID-19 geimpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--	--------------------------	----------------------------

Wann und mit welchem Impfstoff?

1. Impfung: Datum _____ Impfstoff _____

2. Impfung: Datum _____ Impfstoff _____

Wurde eine Untersuchung von einer offiziellen Teststelle auf Corona/COVID-19 innerhalb der letzten 24 Std. durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Welcher Test?	<input type="radio"/> PCR	<input type="radio"/> Antigentest	Ergebnis?	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
----------------------	---------------------------	-----------------------------------	------------------	-------------------------------	-------------------------------

Waren Sie bereits an Corona/COVID-19 erkrankt und sind wieder genesen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Datum der Erkrankung _____

Haben Sie als Genesener eine einmalige Impfung erhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Datum _____ Impfstoff _____

**Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte an der Rezeption ab
oder werfen ihn in den Briefkasten an der Rezeption.**

Ich habe die Hygieneregeln zur Kenntnis genommen, sichere deren Einhaltung zu und bestätige, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind. Des Weiteren willige ich ein, dass meine Daten maximal einen Monat aufbewahrt und auf Verlangen dem Gesundheitsamt herausgegeben werden dürfen.

Unterschrift

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus:

Besuchsbeginn Uhrzeit:	Klinik verlassen Uhrzeit:
------------------------	---------------------------