

Symptomabfrage für Patienten und Besucher mit Patientenbezug

Vor- & Nachname in Druckbuchstaben: _____

Datum des Besuchs: _____

Beginn des Besuchs: _____ **Uhr** **Ende des Besuchs:** _____ **Uhr**

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrter Besucher,

bitte unterstützen Sie uns bei der Bekämpfung der aktuellen Pandemie, in dem Sie uns die folgenden Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Sie helfen uns dabei eine sichere Umgebung für Sie und Ihre Angehörigen/ Mitpatienten zu schaffen.

Befinden Sie sich aktuell in Quarantäne? ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer bestätigt am Coronavirus erkrankten Person? ja nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risiko-/ Virusvariantengebiet aufgehalten? ja nein

Sind Sie genesen, getestet oder vollständig geimpft? (Nachweis erforderlich) ja nein

Besteht bei Ihnen eines der folgenden Symptome:

- Husten
- Geruchs- oder Geschmacksstörung
- Schnupfen/ verstopfte Nase
- Übelkeit/ Durchfall
- Gliederschmerzen/ Abgeschlagenheit
- Temperatur >37,7°C

Wird vom Mitarbeiter der Eingangskontrolle ausgefüllt

°C (>37,7°C)

Bei mir besteht keines der oben angeführten Symptome

Wir bitten Sie um Verständnis für diese Maßnahme und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum, Unterschrift
Patient/ Besucher

Hinweis: Dieses Formular verbleibt in der Patientenakte