

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, um das Krankenhaus betreten zu dürfen:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sie sind:

Patient	Begleitperson	Besucher	Dienstleister
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie weisen nach, dass Sie nicht Träger des SARS-CoV2-Virus sind, durch:

<input type="checkbox"/> negativen Antigen-Test (Schnelltest)	<input type="checkbox"/> Bestätigung über vollständigen Impfschutz	<input type="checkbox"/> Nachweis einer durchgemachten Corona-Infektion
--	---	--

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Coronavirus infizierten Person (Test auf SARS-CoV2 positiv)?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzrecht. Der Fragebogen wird nach einer Frist von 4 Wochen vernichtet.

Unterschrift

Begleitperson oder Besucher:

Ich begleite / besuche:

Zimmer-Nr.

Stat.

Patient oder Dienstleister:

Ich suche folgende Abteilung auf:

Geplante Aufnahme: stationär ambulant

Zentrale Notaufnahme

MVZ-Praxis _____

Ambulanz Innere / Chirurgie / _____

Ärztl. Notfalldienst KV Röntgen

Sonstige: _____