

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"/>

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome?

Fieber oder Schüttelfrost?

Neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretene Luftnot?

Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen? (soweit nicht durch eine Vorerkrankung erklärbar) ja nein

Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?

Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?

Schnupfen (soweit nicht durch Vorerkrankung z.B. Allergie erklärbar)?

Einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?

Übelkeit?

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

Temperatur/°C:

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt

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: _____