

**NAME, VORNAME:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Telefonnr.:** \_\_\_\_\_

**FÜR BESUCHER/BEGLEITPERSONEN:** wen besuchen/begleiten Sie?

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**1. Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Wochen ein Abstrich/Test auf COVID-19 durchgeführt?**

Ja

Nein

**Wenn ja mit welchem Ergebnis?**

a.) Positiv

b.) Negativ

c.) liegt noch nicht vor



**ist a.) oder c.) angekreuzt dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!**

**2. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Person gehabt, die COVID-19 positiv getestet wurde?**

Ja

Nein



**ist ja angekreuzt dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!**

**3. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Verdacht auf eine COVID-19 Erkrankung bestand?**

Ja

Nein



**ist ja angekreuzt dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!**

**4. Haben Sie eines oder mehrere der unten angeführten Symptome?**

Die Frage bezieht sich auf akut aufgetretene Symptome und schließt chronische, sowie saisonale/allergische Beschwerden aus!

Fieber über 38 °C

„grippale“ Kopf/Gliederschmerzen

anhaltender Husten

Halsschmerzen

Geschmacks- und/oder Geruchsverlust

Atemnot

Schnupfen

Durchfall



**mit Symptomen dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_