



Liebe Patienten/ Besucher/ Begleitpersonen der Klinik,

bevor Sie die Klinik betreten, füllen Sie bitte den Selbst-
auskunftsbogen aus und geben ihn am Eingang ab.

Bitte beachten Sie:

Es ist zwingend erforderlich, einen Medizinischen Mund-Nasenschutz zu tragen sowie
beim Betreten und Verlassen der Klinik und des Patientenzimmers eine
Händedesinfektion durchzuführen.



■ **Vor-/Nachname:** **geb. Datum**

■ **Telefonnummer oder Adresse:**

■ **Grund des Besuches oder Aufenthalts:** (Name zu besuchender Patient)

.....

■ **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Covid-19-Erkrankten
oder zu einer Person, die in Quarantäne stand bzw. waren Sie in den
letzten 4 Wochen selbst an COVID-19 erkrankt?** JA ☐ NEIN ☐

■ **Liegen Covidsymptome vor?** JA ☐ NEIN ☐
(Fieber, Husten, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Halsschmerzen
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn)

■ **Datum und Uhrzeit des Termins/Besuchs:**

Wird eine Frage mit JA beantwortet, so muss die Notwendigkeit der Behandlung/
Besuch abgeklärt werden.

Bitte beachten Sie, dass der Fragebogen 30 Tage aufbewahrt bzw. den Patienten-
unterlagen beigelegt wird.

**Nach Ihrem Termin/Besuch bitten wir Sie, sich nicht länger als nötig auf
dem Klinikgelände aufzuhalten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.**

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen alles Gute. Bleiben Sie gesund!