



Liebe Patienten/ Besucher/ Begleitpersonen der Klinik,

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

Persönliche Daten (verpflichtende Angaben):

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin

Patient; ich habe einen Termin bei

Besucher/Begleitperson für folgende/n Patient/in:

Name: _____ Station: _____

Die Hinweise zu den speziellen Regelungen für Besucher habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der namentlichen Registrierung einverstanden.

Datum

Unterschrift

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ein oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome?

- Fieber > 38°C Husten Kurzatmigkeit/Luftnot Schnupfen
 Halsschmerzen Abgeschlagenheit/Kopf-/Gliederschmerzen
 Geruchs-/Geschmacksstörungen (neu aufgetreten) Durchfall/Übelkeit/Erbrechen
 Keine der vorgenannten Beschwerden

2. Liegen andere Risikofaktoren vor?

Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten? ja (falls ja, wann _____)

Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne? ja (falls ja, wann _____)

Rückkehr aus einem Risikogebiet in den letzten 14 Tagen? ja

3. Geimpft, genesen, getestet?

Ich habe einen vollständigen Impfschutz: ja (mindestens 14 Tage nach letzter Impfung)

Ich bin genesen : ja (Genesenennachweis)

Ich bin getestet: ja (Antigen-Schnelltest < 24h, PCR-Test < 48h)

Datum: _____, Unterschrift: _____

4. Nachweis der G-G-G Regel wurde überprüft.

Datum: _____, Unterschrift: _____

