

Datum:

Uhrzeit:

Mitarbeiter :

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgetreu zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

		Ja	Nein
1A	Sind Sie vollständig gegen COVID-19 (mind. 15 Tage nach Zweitimpfung) mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff geimpft und verfügen Sie über ein Dokument aus dem die Impfung ersichtlich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1B	Liegt ein Nachweis einer stattgehabten SARS-CoV-2-Infektion mit Testnachweis mittels PCR-Verfahren vor? (Infektion mindestens 28 Tage bis höchstens 6 Monate zurückliegend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1C	Liegt ein Nachweis einer stattgehabten SARS-CoV-2-Infektion mit Testnachweis mittels PCR-Verfahren und zusätzlich eine einmalige Impfung mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Leiden Sie aktuell unter Erkältungssymptomen, Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Fieber, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Leiden Sie an einer akuten Durchfallerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sind Familienmitglieder, die mit Ihnen im gleichen Haushalt leben, innerhalb der letzten 14 Tage Corona-positiv getestet worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Kliniken mit Ausbruchsgeschehen? (z. B. Therapie, Besuch, ambulanter Eingriff oder Diagnostik, stationäre Behandlung, u. s. w.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besucher/Begleitperson	Patient
<hr/> Vor-/Nachname, Geburtsdatum	<hr/> Vor-/Nachname, Geburtsdatum
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/> Anschrift, Telefonnummer	<hr/> Anschrift, Telefonnummer
<hr/> Unterschrift Besucher	<hr/> Unterschrift Patient
Bitte geben Sie einen Grund für Ihren Besuch an:	
<hr/>	