

Datum:

Uhrzeit:

Mitarbeiter :

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

		Ja	Nein
1	Stehen Sie oder ein Familienmitglied 1. Grades im gleichen Haushalt unter Quarantäne? (Einreisequarantäne oder Kontaktpersonenquarantäne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a	Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen im Ausland auf? Wenn ja: weiter mit 2b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b	Ist dieses Land gemäß RKI aktuell als Risikogebiet definiert? (s. RKI „Coronavirus SARS-CoV-2 Informationen zur Ausweisung internationaler Risikogebiete unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Leiden Sie aktuell unter Erkältungssymptomen, Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Fieber, oder neu aufgetretenen Störungen des Geschmacks- oder Geruchssinns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Leiden Sie an einer akuten Durchfallerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sind Familienmitglieder, die mit Ihnen im gleichen Haushalt leben, Corona-positiv getestet worden oder hatte ein Familienmitglied Kontakt mit einem Corona-positiven Fall? (In der Regel sind dies Quarantäne-Fälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besucher/Begleitperson

Patient

Vor-/Nachname, Geburtsdatum

Vor-/Nachname, Geburtsdatum

Anschrift, Telefonnummer

Anschrift, Telefonnummer

Unterschrift Besucher

Unterschrift Patient

Wir weisen darauf hin, dass das Klinikum Kulmbach/ Fachklinik Stadtsteinach aufgrund des IfSG verpflichtet ist, evtl. Falschangaben an die Behörden/ Gesundheitsamt weiterzuleiten.