

**Sollten Sie typische Krankheitssymptome einer COVID-19 Infektion haben, ist kein Besuch möglich.**

**Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular auf Station beim Personal ab.**

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- |          |   |                          |                            |
|----------|---|--------------------------|----------------------------|
| <b>1</b> | Haben Sie einen aktuellen negativen Covid-Test?<br>(Gültigkeit: Antigentest 24 Stunden, PCR-Test 48 Stunden)  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>2</b> | Hatten Sie in den vergangenen 10 Tagen Kontakt zu einer Person, die mit dem Coronavirus infiziert war, stehen selbst unter Quarantäne oder Absonderung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

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

\_\_\_\_\_  
*Datum*

**Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der oben angegebenen Daten**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**