

Medizinische Selbstauskunft und Kontaktregistrierung

Grund für Zugangsgewährung:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Notaufnahme / Notfallpraxis Erwachsene <input type="radio"/> Notaufnahme / Notfallpraxis Kind <input type="radio"/> Sprechstunde <input type="radio"/> Holding Area | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stationäre Aufnahme <input type="radio"/> Besucher <input type="radio"/> Begleitperson <input type="radio"/> Sonstiger Grund _____ |
|--|---|

Bitte Zutreffendes ankreuzen: X

1	Waren Sie in den letzten vier Wochen mit dem Coronavirus infiziert oder besteht ein nicht widerlegter Verdacht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
2	Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die in den vergangen vier Wochen mit dem Coronavirus infiziert war?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
3	Leiden Sie aktuell an typischen Symptomen einer Coronainfektion wie Atemnot, Fieber, Husten, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
4	Sind Sie vollständig geimpft, genesen oder negativ getestet?	<input type="radio"/> geimpft	<input type="radio"/> genesen	<input type="radio"/> negativ getestet

Name, Vorname

Datum

Nur bei Besuchern und Dienstleistern auszufüllen

ggf. Firma	
Anschrift oder Telefonnummer	
Uhrzeit (Beginn und Ende)	Von _____ Uhr Bis _____ Uhr

Bei Besuch Patient/in

Patient/in (Vor- und Nachname)	
Geburtsdatum Patient/in	
Station	