



Fragebogen Risikocheck Coronavirus

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

	Ja	Nein
Leiden Sie aktuell an einem grippalen Infekt (Husten , Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: hatten Sie einen plötzlichen Krankheitsbeginn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei sich eine Geruchs-/ Geschmacksstörung in den letzten Tagen bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten? Wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Coronatest durchführen lassen? Wenn ja, wann und liegt das Ergebnis vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Auf dem gesamten Klinikgelände ist der Mund-Nasen-Schutz zu tragen.

Dieses Formular wird für drei Wochen aufbewahrt und danach vernichtet.
Die Datenschutzhinweise nach Art. 13 und 14 DSGVO zur Erhebung von Besucherdaten im Zuge der Corona-Pandemie können Sie einsehen.

Vom Personal auszufüllen:

Temperatur über 37,5 °C? ja nein