



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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo?		
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo:		
Haben Sie einen Coronatest durchführen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und liegt das Ergebnis vor:		

Hinweis:

Auf dem gesamten Klinikgelände ist der medizinische Mund-Nasen-Schutz oder die FFP2 Maske 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