



---

## Fragebogen Risikocheck Coronavirus

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Leiden Sie aktuell an einem grippalen Infekt ( <b>Husten</b> , 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 <b>Geruchs-/ Geschmacksstörung</b> in den letzten Tagen bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?</b> Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?</b> Wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie einen Coronatest durchführen lassen?</b> (PCR-Test, Antigen-Test in einer offiziellen Teststelle) Wenn ja, wann und liegt das Ergebnis vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hinweis:

Auf dem gesamten Klinikgelände ist ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz oder eine 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