



Fragebogen Risikocheck Coronavirus

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

	Ja	Nein
Sind Sie bereits vollständig geimpft oder genesen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 24 Stunden einen Coronatest durchführen lassen? (PCR-Test, Antigen-Test in einer offiziellen Teststelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und liegt das Ergebnis vor:		
Leiden Sie aktuell an einem grippalen Infekt? (Schnupfen, Husten, 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?		

Hinweise:

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