

Eintrittsfragebogen



Dokumentenart: Aufzeichnung

Sehr geehrte:r Besucher:in,
 aufgrund der aktuellen Corona Viruserkrankungen (SARS-CoV-2/COVID-19) führen wir eine
 Eintrittskontrolle durch. Dies gibt Ihnen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des
 Virus zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

1. Symptome/ Risikoabwägung

Sind Sie gegen COVID - 19 geimpft (letzte Impfung vor 14 Tage) **genesen** (max. 6 Monate)?

Ja

Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen:

Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person (auch beruflich)?	ja	nein
Husten oder Halsschmerzen? Kurzatmigkeit oder Atemnot?	ja	nein
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	ja	nein
Fieber und/oder Schüttelfrost?	ja	nein
Kopf- oder Gliederschmerzen?	ja	nein
Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall?	ja	nein

2. Was ist der Grund Ihres Besuches (Termin)?

- Ambulanz
- Stationäre Aufnahme
- Notfall
- Anästhesiesprechstunde
- Ambulante OP
- Therapiezentrum

Vertreter, Termin mit: _____

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben!

Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift:

Unterschrift Mitarbeiter: