

Selbstauskunft

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen zu unser aller Schutz wahrheitsgemäß:

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem nationalen Hotspot oder ausgewiesenen Risikogebiet? Ja Nein
2. Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome, wie Husten/Schnupfen/Heiserkeit/Atemprobleme oder grippeartige Abgeschlagenheit oder Gliederschmerzen? Ja Nein
3. Haben Sie akut Symptome, wie Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen? Ja Nein
4. Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Störungen des Geschmacks- oder Geruchssinns? Ja Nein
5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu bestätigten Corona-Fällen? Ja Nein

Vorname, Nachname (bitte in Druckbuchstaben)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Handzeichen Mitarbeiter

Selbstauskunft

für Besucher

Persönliche Angaben:

Name _____

Vorname _____

Telefonnummer _____

Name des besuchten Patienten _____

Ihre Daten werden ausschließlich zur Nachvollziehbarkeit eventueller Infektionsketten gespeichert und nach 30 Tagen vernichtet.

- Das Merkblatt über Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich erhalten.
- Ich bestätige deren Einhaltung auf dem Klinikgelände.

_____ Datum, Unterschrift