

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus!

Datum: _____ Krankenhaus betreten um: _____ Uhr

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

1.) Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall gehabt?

Ja Nein

2.) Haben Sie sich in den letzten drei Wochen im Ausland oder einem Risikogebiet aufgehalten?

Ja, in _____ Nein

3.) Leiden Sie unter folgenden akuten Symptomen?

	Ja	Nein
Husten, Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. a.)

Patienten oder andere Personen, die zur Untersuchung/Termin kommen.

Bitte hier ankreuzen!

Praxis Müller Lung (*Radiologie, CT, MRT*)

Ambulantes Zentrum (*Orthopädie, Chirurgie, Pneumologie, Fußsprechstunde, Kardiologie, Anästhesie/Narkose etc.*)

Proktologie Urologie/UFT Fußpflege Therapie- und Gesundheitszentrum

Sonstige: _____ Grund des Besuchs: _____

4. b.)

Besucher für Patienten. Bitte folgende Punkte ausfüllen!

Patient/in (Name, Vorname): _____ Station: _____

Besuchsgrund: Patientenbesuch Gespräch mit Arzt sonstiges: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Dieses Feld wird von unseren Mitarbeitern des Eingangs ausgefüllt! Besucher hat KH verlassen: _____ Uhr