

Anmeldung für Patienten und Besucher

Datum:
MA:
(Druckbuchstaben)

Angaben des Patienten/Besuchers:

Name, Vorname: _____
Anschritt: Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____

Genesungsnachweis
Impfnachweis
Antigen Schnelltest
PCR-Nachweis

Angaben zum besuchten Patienten:

Name, Vorname: _____ Station/Zimmer: _____

(Die Erfassung dieser Daten erfolgt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. g,h und i DSGVO)

Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren haben (außer als Patient) generell keinen Zutritt zur Klinik!

Checkliste

- Haben Sie derzeit Erkältungssymptome oder eine Atemwegsinfektion?
(Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Verlust von Geruch- oder Geschmacksinn, Muskel- und Gliederschmerzen, Schwindel, Durchfall)
Ja Nein
- Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet?
Ja Nein
- Hatten Sie Kontakt zu einem positiven Fall? Sind Sie selbst positiv auf COVID-19 getestet?
Ja Nein Ja Nein
- Sind oder waren Sie in Quarantäne?
Ja Nein
- Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die derzeit in Quarantäne ist?
Ja Nein

Wird eine der Fragen mit **JA** beantwortet, werden wir das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

Unterschrift Patient/Besucher: _____ Datum: _____