

Covid-19 Fragebogen für Besucher des Klinikums

Besucher ▶ Vorname /Name: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Besuchter Patient: Vorname/Name/Station: _____

Sehr geehrte Besucher*innen,

- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus
- Bitte halten Sie alle Schutzmaßnahmen ein (FFP2-Mund-Nasen-Schutz, Händedesinfektion, 1,5 m Abstand bewahren)

Wir bitten um Beantwortung nachfolgender Fragen:

Haben Sie selbst oder Familienangehörige grippeähnliche Symptome, wie z.B.		
Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Durchfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geruchs- oder Geschmacksverlust?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tagesaktueller negativer Corona-Schnelltest	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vollständige Impfung (mind. 14 Tage zurückliegend)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Auf der Basis der gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird der Fragebogen mit Ihren persönlichen Angaben vier Wochen aufgehoben.

DATUM:

UNTERSCHRIFT: