



Fragebogen COVID-19

Angaben zum Besucher:

Vorname:		Nachname:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
Straße:		PLZ/Ort:	

Welchen Patienten besuchen Sie?

Vorname:		Nachname:	
Station:			

Hatten Sie engen Kontakt (über 15 Minuten in weniger als 2 Meter Abstand) zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19 Fall?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie Husten?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie Atemnot?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Seit wann haben Sie Symptome?		



!!! ACHTUNG !!!

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Falschangaben könnten massive Konsequenzen für Sie, den Mitpatienten und dem Personal haben!

Datum, Unterschrift