

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Besucher,
aufgrund der geltenden Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg bitten wir Sie um die Angabe der nachfolgenden Daten sowie um Beantwortung der Gesundheitsfragen.
Dies gibt Ihnen, allen anderen Personen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Bitte beachten Sie, dass in allen Feldern die erforderlichen Angaben notwendig sind.

Ihr Name und Vorname

Ihre Telefonnummer

ODER

Ihre Anschrift

Name und Vorname des besuchten Patienten

Ggf.

Fremdfirma
(Name der Firma)

Datum und Uhrzeit Anwesenheit in der Thoraxklinik

.....
Datum

.....
Uhrzeit Eingang in Klinik

.....
Uhrzeit Ausgang aus Klinik

(nur auszufüllen, wenn Uhrzeit nicht auf dem Armband vermerkt wird)

Gesundheitsfragen	
Bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen vollständig	
1) Waren Sie selbst in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2) Haben Sie Geruchs- oder Geschmacksstörungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.1) Sind bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten? → Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.2) → Trockener Husten, Atemprobleme, Halsschmerzen, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen und/oder Durchfall?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Risikogebiet (sowohl ausländische wie innerdeutsches Risikogebiete)?	Ja <input type="checkbox"/> , in _____ Nein <input type="checkbox"/>

.....
Unterschrift Patient/Besucher

