

Auskunftsbogen Sichtungsstelle Patienten und Besucher

Ort / Datum	Zeit:	
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse (Straße, PLZ Ort)		
Telefonnummer / Mobil		
Was ist der Grund Ihres Besuches hier? <input type="radio"/> Termin <input type="radio"/> Beschwerden <input type="radio"/> Besuch		
Namen des Patienten, der besucht wird:		
	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? <small>(hierzu zählen nicht: Tanken, übliche Kaffeepause, Toilettengang)</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, in <u>welchem Land</u> waren Sie:		
Sind / waren Sie an Covid-19 erkrankt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-Fall oder einem Verdachtsfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in Ihrer Umgebung vermehrt Lungenentzündungen oder Atemwegsinfekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Beschwerden wie		
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
und /oder Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlust beim Geruchs- und/oder Geschmackssinn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Unterschrift des Patienten/Besuchers:		
Bemerkungen:		