

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: | | | |
| Sind Sie <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> genesen <input type="radio"/> getestet? | | | |
| | | Ja | Nein |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland oder einem Risikogebiet innerhalb Deutschlands? <small>(hierzu zählen nicht: Tanken, übliche Kaffeepause, Toilettengang)</small> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, in <u>welchem Land oder Risikogebiet</u> waren Sie: | | | |
| Sind Sie aktuell in Quarantäne? Wenn ja, seit wann? | | <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"/> |
| Haben Sie Erkältungssymptome oder sonstige neu aufgetretene Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Unterschrift des Patienten/Besuchers: | | | |
| Bemerkungen: | | Ermittelte Temperatur: °C | |