

Patienten- und Besucherfragebogen zum COVID- 19 Risiko- Screening

Vorname <i>First name</i>		Telefonnummer <i>Phone nb.</i>	
Nachname <i>Last name</i>		Datum <i>Date</i>	
Straße, Hausnr. <i>Street, nb.</i>		Uhrzeit <i>Time</i>	
PLZ <i>Post code</i>		Fachabteilung <i>Department</i>	

Hatten Sie folgende Symptome in den letzten 3 Tagen?	Ja	Nein
Fieber (letzte 3 Tage) <i>Fever (recently, last 3 days)</i>		
Husten (letzte 3 Tage) <i>Caughing</i>		
Verlust Geruchs- und Geschmackssinn <i>Loss of smell and taste</i>		
Neu aufgetretener Durchfall <i>Diarrhea, watery/liquid bowel movement</i>		
Neu aufgetretenes Erbrechen <i>Vomitting</i>		
Auslandsaufenthalt: Hochrisikogebiet (5 Tage) / Virusvariantengebiet (14 Tage) lt. RKI / <i>Stay abroad/ foreign country in a COVID risky area</i>		
Besuchskriterien	Ja	Nein
Vollständiger Covid-Impfschutz (14 Tage nach Zweitimpfung) <i>Complete vaccination protection</i>		
Vorlage eines negativen Testergebnisses (< 48h) <i>Negative test</i>		
Genesene – Vorlage eines positiven PCR-Tests, mind. 28 Tage, max. 6 Monate alt <i>COVID-recovered</i>		

Folgende Person wird besucht: <i>Person that is visited</i>	
--	--

Unterschrift