

Temperatur:
Uhrzeit:

Corona-Virus-Infektion Fragebogen für Patienten

Ihre Angaben (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

E-Mail: Telefon-Nr.:

geimpft: wann: genesen: wann:

Wohin möchten Sie im Klinikum?

Aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation sind Sie verpflichtet, die folgenden Fragen zu beantworten und die nachfolgende Erklärung abzugeben:

Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland in einem der Corona-Virus-Risikogebiete, für welche bei Einreise nach Deutschland gemäß der Quarantäneverordnungen des Landes Sachsen-Anhalt eine Pflicht zur Absonderung besteht?

nein ja , wenn ja

Rückkehr nach Deutschland am:

Gebiet:

Hatten Sie bewusst Kontakt zu bekannt Corona-positiv-Getesteten oder befinden Sie sich in der Testung Ihres Gesundheitsamtes?

nein ja

Weisen Sie grippe- oder coronatypische Symptome auf (Husten, Fieber, Geschmacks- und Geruchsverlust)?

nein ja

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben auf der Station bzw. in der Ambulanz ab.
Es wird 2 Wochen nach Unterzeichnung vernichtet.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt