

St. Theresien-Krankenhaus gGmbH * Mommsenstraße 24 * 90491 Nürnberg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

**Fragebogen
Für Anzeichen einer
aktuellen COVID 19
Erkrankung**

Ich bin:

- Patient* in**
 Besucher* in von _____
 Sonstiges (z. B. RNZ, Sprechstunden) _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte kreuzen Sie wahrheitsgemäß an, ob Sie folgende Beschwerden anhaltend innerhalb der vergangenen 14 Tage hatten.

- Fieber
 Husten
 Halsschmerzen
 Schnupfen
 Kopfschmerzen
 Ohrenschmerzen
 Durchfall
 Erbrechen
 Ich hatte Kontakt zu einem COVID-19 Betroffenen

Sollte einer der oben genannten Punkte bei Ihnen zutreffen, dürfen Sie das St. Theresien-Krankenhaus nicht betreten.

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes und der bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnungen. Die Daten werden für den Zeitraum von 30 Tagen aufbewahrt, um eine ggf. notwendige Kontaktverfolgung zu gewährleisten.

