

Fragebogen für Anzeichen einer aktuellen COVID19 Erkrankung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin:

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

<input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> gesundet <input type="checkbox"/> getestet	Nur wenn min. 1 der 3 Kriterien erfüllt wird ist der Zutritt möglich.	Handzeichen Mitarbeiter:
---	---	-----------------------------

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.