

Fragebogen für Anzeichen einer aktuellen COVID19 Erkrankung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin:

- Patient* in _____
- Besucher* in von _____
- Sprechstunde mit Termin _____

Neg. Schnelltest, <24h

Neg. PCR, <48h

Nur wenn Kriterien erfüllt, ist der Zutritt möglich.

kontrolliert
durch HZ
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.