

# GESUNDHEITSTICKET COVID - EINGANGSKONTROLLE

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!



- Geimpft
- Genesen
- Getestet

**Datum:** \_\_\_\_\_

**KZ MA:**

## PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

- Überweisung
- Stationäre Aufnahme
- Tagesklinik
- Terminambulanz
- Notfall

## ODER

## BESUCHER

Name

Vorname

Adresse

Telefonnummer

## BESUCHTE PERSON

Name

Vorname

Station

Zimmernummer

Die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung nachstehender Fragen dient dem Schutz insbesondere der Patienten und des Krankenhauspersonals. Eine unvollständige oder gar wahrheitswidrige Beantwortung der Fragen kann für die Patienten und für das Krankenhauspersonal weitreichende gesundheitliche Folgen und für Sie massive zivilrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

**BITTE FOLGENDE FRAGEN BEANTWORTEN, WENN SIE KEINEN 3G NACHWEIS VORLEGEN KÖNNEN!**

	NEIN	JA
• Kontakt mit einem COVID-19-Patienten / Quarantäne verordnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Neu aufgetretener trockener Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Neu aufgetretene Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Veränderung des Geschmacks-/Geruchssinnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Temperatur >37,5° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn JA: • Wo?	_____	

**Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_