

Selbstauskunft für Patient:innen und Begleitpersonen

Bereich/Station:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Frage 1:

Haben Sie mindestens eines der folgenden Krankheitssymptome: Fieber, Husten, Atemnot, Durchfall oder Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?

NEIN ☐ JA ☐

Frage 2:

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?

NEIN ☐ JA ☐

Frage 3:

Waren Sie selbst an COVID-19 erkrankt und sind bereits genesen?

NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, beantworten Sie bitte die zwei folgenden Fragen:

Liegt der Beginn dieser Erkrankung mehr als zwei Wochen zurück?

NEIN ☐ JA ☐

Wurden Sie bereits negativ getestet?

NEIN ☐ JA ☐

Frage 4:

Sind Sie bereits vollständig gegen das SARS-CoV-2 Virus geimpft und liegt Ihre Zweitimpfung (bei Johnson & Johnson Erstimpfung) mindestens 15 Tage zurück?

NEIN ☐ JA ☐

Frage 5:

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Hochrisiko-/Virusvariantengebiet* aufgehalten?

NEIN ☐ JA ☐

Wenn Sie die Fragen 1, 2, 3 oder 5 mit Ja beantwortet haben, melden Sie sich bitte umgehend beim Personal.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum, Uhrzeit

Unterschrift

Dieses Formular wird nach vier Wochen vernichtet.

**Die aktuellen Risikogebiete für COVID-19 finden Sie auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts.*