

COVID-19 Gesundheitsfragen

Besucher
 Mitarbeiter
 Externer Dienstleister

Personendaten Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Wer wird besucht bzw. Zweck des Besuchs	
Datum und Uhrzeit von-bis	

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen COVID-19 Symptome?	Fieber über 38°C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Halsschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Husten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	akuten Durchfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	akutes Erbrechen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Atemnot	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Verlust des Geschmacks- und/oder Geruchssinns	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	starke Müdigkeit oder Muskelschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gab es im häuslichen oder sozialen Umfeld in den letzten 14 Tagen einen Verdachtsfall oder eine COVID-19 Erkrankung?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie oder Personen aus Ihrem Haushalt aktuell oder während der letzten 14 Tage in behördlich/freiwillig verordneter Quarantäne?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sollte eine der oben genannten Fragen mit JA beantwortet worden sein, darf die Einrichtung bitte **NICHT** betreten werden.

Sollten bei Ihnen innerhalb der nächsten 10 Tage nach Ihrem Besuch COVID-19 Symptome auftreten, so ist unverzüglich der jeweilige Provinzenz-Standort zu informieren.

_____ Datum

_____ Unterschrift