

<b>Angaben zur Person: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Besucher</b>	
Name:	<b>Angaben zu Begleitperson:</b>
Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Bei Besucher Besuchsgrund:	Geburtsdatum:
Ziel (Abteilung/Klinik) im Klinikum:	

<b>Teil 1 - Fragebogen :</b>	<b>Patient</b>		<b>Begleitperson</b>	
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer an Corona erkrankten Person oder sind Sie selbst in häuslicher Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung für betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Gliederschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Gesundheitswesen tätig (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teil 2 – Fiebermessung:</b>	<b>Patient</b>		<b>Begleitperson</b>	
	$< 38,0^{\circ}\text{C}$	$\geq 38,0^{\circ}\text{C}$	$< 38,0^{\circ}\text{C}$	$\geq 38,0^{\circ}\text{C}$
Gemessene Temperatur	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C

**Separierung von anderen Wartenden/Patienten, Ziel-Ambulanz oder -Klinik informieren, wenn:**

→ 1x Blau in Teil 1 oder Teil 2

Datum _____	Unterschrift _____
-------------	--------------------

Bei Patienten/Patientinnen mit erforderlicher Begleitperson: Telefonnummer der Begleitperson _____
---