

SELBSTAUSKUNFT FÜR PATIENTEN

Name, Vorname: _____

1. Wurden Sie bereits geimpft? Ja Nein
Wenn ja, wie oft? 1x 2x 3x 4x
Wann erhielten Sie Ihre letzte Impfung? _____
2. Waren Sie bereits an Corona erkrankt und sind genesen? Ja Nein
Wenn ja, wann waren Sie an Corona erkrankt? _____
3. Wurden Sie innerhalb der letzten 24 Stunden auf das Coronavirus getestet und können einen negativen Befund vorweisen? Ja Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines dieser Krankheitssymptome:
Fieber, Husten, Halsschmerzen, Gliederschmerzen, Atemnot,
Geruchs- und Geschmacksstörungen? Ja Nein

Von der Klinik auszufüllen:

Impfstatus/Coronatest/Genesenenbescheinigung auf Richtigkeit kontrolliert Ja

Unterschrift Pforte/Patientenaufnahme: _____

Die mir mitgeteilten Hygienemaßnahmen werde ich befolgen, den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten.

Datum & Uhrzeit

Unterschrift Patient