

Name: _____ Vorname: _____

Tel.-Nr. oder Adresse: _____

Nur Patienten:

Ich (oder mein Kind) möchte wegen eines akuten Notfalls in die Notaufnahme

ja [] nein []

Alle:

Hatten Sie in den letzten 2 Tagen eines der Folgenden:

- | | | |
|--|--------|----------|
| - Fieber / erhöhte Temperatur | ja [] | nein [] |
| - Husten | ja [] | nein [] |
| - Schnupfen | ja [] | nein [] |
| - Durchfall oder Erbrechen | ja [] | nein [] |
| - Geruchs- oder Geschmacksstörungen | ja [] | nein [] |
| - Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ungeschützten Kontakt (d.h. ohne FFP2 Maske) zu einer mit Corona (SARS-CoV2) erkrankten Person? | ja [] | nein [] |
| - Waren Sie in den letzten 3 Wochen mit Corona (SARS-CoV2 infiziert)? | ja [] | nein [] |
| - Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland? | ja [] | nein [] |

wenn ja, in welchem Land?: _____

Laut **Corona-Verordnung** gelten u.a. folgende **Vorgaben für Besucher im Krankenhaus:**

- Im Krankenhaus muss ab dem 6. LJ eine **Mund-Nasen-Bedeckung** getragen werden.
- **Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen** ist einzuhalten
- Ggf. angeordneten weiteren Schutzmaßnahmen ist Folge zu leisten
- **Vermeiden Sie Körperkontakt** (Handgeben, Umarmungen, u.ä.)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die o.g. Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden und Sie die o.g. Vorgaben der Corona-Verordnung zur Kenntnis genommen haben.

Datum: _____.2020 Uhrzeit: ____:____ Unterschrift: _____

Dieses Dokument wird gem. Corona-Verordnung ausschließlich zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde für 4 Wochen aufbewahrt und dann vernichtet.