

Fragebogen ambulante Patienten

ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

.....

Tel.-Nr. oder E-Mail-Adresse:

KONTROLLE 3G

Sind Sie vor weniger als 6 Monaten an COVID-19 erkrankt und wieder genesen?

ja nein

Sind Sie seit mehr als 14 Tagen vollständig gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Sind Sie vor weniger als 24 Stunden (Antigen-Schnelltest) oder weniger als 48 Stunden (PCR-Test) negativ auf COVID-19 getestet?

ja nein

Wenn Sie eine Frage mit JA beantworten konnten, halten Sie bitte den entsprechenden Nachweis zur Kontrolle bereit

Wenn Sie keine der Fragen mit JA beantworten konnten, lassen Sie sich bitte im Testzentrum auf dem Gelände auf SARS-CoV-2 testen.

SELBSTAUSKUNFT

1) Bestehen bei Ihnen zurzeit akute Erkältungssymptome jeder Schwere mit oder ohne Fieber und/oder Verlust des Geruchs-/Geschmackssinns?

ja nein

2) Befinden Sie sich aufgrund des Aufenthaltes in einem COVID-19 Risikogebietes in Quarantäne?

ja nein

3) Befinden Sie sich in einer vom Gesundheitsamt angeordneten Quarantäne?

ja nein

Wenn Sie bei einer der Aussagen JA beantworten haben, wenden Sie sich bitte direkt an den aufnehmenden Mitarbeiter/die aufnehmende Mitarbeiterin in der Ambulanz.

.....
Datum, Unterschrift