

# Fragebogen stationäre 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

## 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) Hatten Sie ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall innerhalb der vergangenen 14 Tage?**

ja  nein

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

-----  
Datum, Unterschrift