

Selbstauskunft für Besucher

Besucher	
Name, Vorname	
Postleitzahl, Ort	
Straße, Hausnummer	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Besucher Patient	
Name, Vorname	
Station	
Zimmernummer	
Tag, Uhrzeit	

Ich erkläre hiermit verbindlich:

1. Sind Sie mit dem neuen Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert oder daran erkrankt?

JA
 NEIN

2. Befinden Sie sich in Quarantäne?

JA
 NEIN

3. Haben Sie Atemwegsprobleme oder unspezifische Allgemeinsymptome (Fieber, trockener Husten, Geruchs- und Geschmacksverlust, Unwohlsein, grippeähnliche Symptome)?

JA
 NEIN

4. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Erkrankten oder zu einer mit dem Corona-Virus infizierten Person oder einer infektionsverdächtigen Person?

JA
 NEIN

Schrobenhausen, den _____

Unterschrift: _____