



Corona Checkliste für

Name _____, Vorname _____

**Zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit aller bitten wir Sie um Ihre Unterstützung.
Bitte gehen Sie die Checkliste gewissenhaft durch.**

Bitte nur den für Sie zutreffenden Teil ausfüllen!

Zum Ausfüllen vor der Sprechstunde/Nachsorge -Ambulanz-	Zum Ausfüllen bei der Aufnahme zur OP - Station-
Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SarsCov2 festgestellt? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Wenn Ja, wann? _____ Waren Sie deswegen im Krankenhaus? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Wenn Ja, wie lange? _____	Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit SarsCov2 festgestellt? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Wenn Ja, wann? _____ Waren Sie deswegen im Krankenhaus? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Wenn Ja, wie lange? _____
Wann wurde bei Ihnen eine SarsCov2 Impfung durchgeführt? 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ 3. Impfung _____	Wann wurde bei Ihnen bereits eine SarsCov2 Impfung durchgeführt? 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ 3. Impfung _____
Planen Sie in den nächsten 3 Monaten eine Auslandsreise? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Wenn ja, von _____ bis _____	Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Bitte zutreffendes Ankreuzen <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gliederschmerzen<input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur oder Fieber<input type="checkbox"/> Husten<input type="checkbox"/> Halsschmerzen<input type="checkbox"/> Schnupfen<input type="checkbox"/> Brustschmerzen<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit<input type="checkbox"/> Geschmacks- und/oder Geruchsverlust<input type="checkbox"/> Durchfall Datum und Unterschrift: _____	Haben Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage neu aufgetretene Symptome (außer bekannte allergische Reaktionen) beobachtet? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Bitte zutreffendes Ankreuzen <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gliederschmerzen<input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur oder Fieber<input type="checkbox"/> Husten<input type="checkbox"/> Halsschmerzen<input type="checkbox"/> Schnupfen<input type="checkbox"/> Brustschmerzen<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit<input type="checkbox"/> Geschmacks- und/oder Geruchsverlust<input type="checkbox"/> Durchfall Datum und Unterschrift: _____

Es wurde bei obengenannter Person ein Antigen - Schnelltest auf SarsCov2 durchgeführt.

Ergebnis: neg. **pos.** **Externer Test**

Datum / Unterschrift _____ / _____