



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

Sie besuchen eine unserer Sprechstunden oder haben einen Operationstermin. Oder Sie dürfen eine Patientin oder einen Patienten besuchen.

Um unseren Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Schutz zu gewährleisten, bitten wir Sie, bevor Sie sich in die Sprechstunde oder dem stationären Bereich begeben, folgende Fragen zu beantworten:

Sind Sie [] Patientin bzw. Patient [] Besucherin bzw. Besucher [] _____

Haben Sie eines der folgenden Symptome?

- | | | |
|-------------------------------------|---------|-----------|
| • Halsschmerzen, Kratzen im Hals? | Ja..... | Nein..... |
| • Schnupfen, Husten? | Ja..... | Nein..... |
| • Gliederschmerzen? | Ja..... | Nein..... |
| • Fieber? | Ja..... | Nein..... |
| • Geschmacksverlust / -veränderung? | Ja..... | Nein..... |
| • Riechverlust / -veränderung? | Ja..... | Nein..... |
| • Atembeschwerden oder Atemnot? | Ja..... | Nein..... |

Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?

Ja..... Nein.....

Hat jemand, mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben, eines der oben aufgeführten Symptome?

Ja..... Nein.....

Datum: _____

Ort: _____

Ihr Name: _____

Ihr Vorname: _____

Ihr Geburtsdatum: _____

Ihre Unterschrift: _____

Besten Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.