



# ZUGANGSCHECKLISTE

für Patienten / Begleitpersonen unterstützungsbedürftiger Patienten

**Vor- / Nachname:** \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Besuch der Ambulanz: \_\_\_\_\_

Begleitung des/der  
Patienten/-in: \_\_\_\_\_

**Traten in den vergangenen 14 Tagen folgende Symptome auf  
oder trifft Folgendes zu?**

	Ja	Nein
Trockener Husten / Halsweh		
Kurzatmigkeit		
Fieber		
Geschmacks- oder Geruchsstörung		
Durchfall		
Hatten Sie wissentlich in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, die positiv auf Corona getestet wurde?		
Haben Sie bereits eine Covid-Schutzimpfung erhalten? Wenn ja: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x am: _____		
Haben Sie einen gültigen Antigen oder PCR-Test?		
Hatten Sie bereits eine Covid-Infektion und können dies mittels ärztlicher Bestätigung oder Absonderungsbescheid nachweisen? Datum des Bescheides: _____		

.....  
Datum/Uhrzeit

.....  
Unterschrift

Überprüft: \_\_\_\_\_



# ZUGANGSCHECKLISTE

für Patienten / Begleitpersonen unterstützungsbedürftiger Patienten

**Vor- / Nachname:** \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Besuch der Ambulanz: \_\_\_\_\_

Begleitung des/der  
Patienten/-in: \_\_\_\_\_

**Traten in den vergangenen 14 Tagen folgende Symptome auf  
oder trifft Folgendes zu?**

	Ja	Nein
Trockener Husten / Halsweh		
Kurzatmigkeit		
Fieber		
Geschmacks- oder Geruchsstörung		
Durchfall		
Hatten Sie wissentlich in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, die positiv auf Corona getestet wurde?		
Haben Sie bereits eine Covid-Schutzimpfung erhalten? Wenn ja: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x am: _____		
Haben Sie einen gültigen Antigen oder PCR-Test?		
Hatten Sie bereits eine Covid-Infektion und können dies mittels ärztlicher Bestätigung oder Absonderungsbescheid nachweisen? Datum des Bescheides: _____		

.....  
Datum/Uhrzeit

.....  
Unterschrift

Überprüft: \_\_\_\_\_