

ZUGANGSCHECKLISTE

für Besucher / Begleitpersonen unterstützungsbedürftiger Patienten

Vor- / Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Besuch der Ambulanz: _____

Begleitung des/der
Patient/-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: 1x 2x 3x Wann: _____		
Hatten Sie bereits eine Covid-Infektion und können dies mittels ärztlicher Bestätigung oder Absonderungsbescheid nachweisen?		

.....
Datum/Uhrzeit

.....
Unterschrift

Überprüft: _____

für Besucher / Begleitpersonen unterstützungsbedürftiger Patienten

Vor- / Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Besuch der Ambulanz: _____

Begleitung des/der
Patient/-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: 1x 2x 3x Wann: _____		
Hatten Sie bereits eine Covid-Infektion und können dies mittels ärztlicher Bestätigung oder Absonderungsbescheid nachweisen?		

.....
Datum/Uhrzeit

.....
Unterschrift

Überprüft: _____