



# ZUGANGSCHECKLISTE

für Patienten / Begleitpersonen unterstützungsbedürftiger Patienten

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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 Wann: _____		
Haben Sie einen gültigen Antigen oder PCR-Test?		
Hatten Sie bereits eine Covid-Infektion und können dies mittels ärztlicher Bestätigung, Absonderungsbescheid oder neutralisierendem Antikörpertest nachweisen?		

.....  
Datum/Uhrzeit

.....  
Unterschrift

Überprüft: \_\_\_\_\_