



## Corona-Virus (COVID-19) Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Eintritt in unsere Einrichtung bitten wir Sie, aufgrund behördlicher Auflagen, zu Ihrem eigenen Schutz, zum Schutz unserer Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeitenden um folgende Angaben:

Ihr Name, Vorname (in Druckbuchstaben )

Ihr Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort / Telefonnummer

**Patient:**  Ambulant

Stationär

**Besucher:** Name des Patienten/der Patientin und der **Station** oder des **Bereiches** (in Druckbuchstaben )

**1. Haben Sie aktuell Erkältungs- oder grippeähnliche Symptome?**  **Nein**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glieder-/Muskelschmerzen     | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen      | <input type="checkbox"/> Fieber        |
| <input type="checkbox"/> Geschmacks-/Geruchsverlust   | <input type="checkbox"/> Trockener Husten   | <input type="checkbox"/> Atemnot       |
| <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost |

**2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person,**  
- **die auf das Corona-Virus positiv getestet wurde,**  
- **oder bei der es sich um einen COVID-19-Verdachtsfall handelt,**  
- **oder die sich aktuell in Quarantäne befindet?**

- Ja  
 Nein

Über Maskenpflicht informiert  ja  nein

Mund-Nasen-Schutz bei Bedarf erhalten  ja  nein

Händedesinfektion beim Betreten der Einrichtung  ja  nein

Sollten sich meine Angaben nachträglich ändern, verpflichte ich mich, die aufgesuchte AMEOS Einrichtung umgehend darüber zu informieren.

Ich versichere, dass ich wahrheitsgemäße Angaben gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift