

FRAGEBOGEN VOR EINTRITT

IN DIE TAUERNKLINIK

<input type="checkbox"/> TKZ <input type="checkbox"/> TKM	BEREICH	<input type="checkbox"/> Haupteingang <input type="checkbox"/> AEE <input type="checkbox"/>	Datum: Uhrzeit: Befragende(r):
--	----------------	---	--

FÜR JEDE PERSON (INKL. KINDER) MUSS EIN EIGENER FRAGEBOGEN AUSGEFÜLLT WERDEN!

Bitte füllen Sie das Formular gewissenhaft aus.

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Telefon

ICH BIN: Bitte ankreuzen

☐ PATIENT

☐ BESUCHER VON:

☐ SONSTIGE PERSONEN:

(bitte genauen Grund des Besuches der Klinik angeben)

Bitte zutreffendes ankreuzen.

- ▶ Haben Sie Husten oder andere grippeähnliche Symptome? ja ☐ nein ☐
- ▶ Haben Sie Durchfall und/oder Erbrechen? ja ☐ nein ☐
- ▶ Haben Sie Störungen beim Geruch oder Geschmackssinn? ja ☐ nein ☐
- ▶ Hatten Sie kürzlich Kontakt mit einem Coronavirus-positiven Menschen oder sind Sie positiv auf SARS-COV-2 (Corona) getestet worden? ja ☐ nein ☐

ICH HABE DIE OBEN GENANNTE FRAGEN GEWISSENHAFT BEANTWORTET UND DEN TEXT GELESEN.



Datum und Unterschrift

Sie werden ersucht, eine Maske zu tragen und die Hygienemaßnahmen einzuhalten (Händedesinfektion, Abstandsregel).

INTERNE INFORMATION:

Wenn eine der o.g. Fragen mit „ja“ beantwortet wird, kommt der **Patient** in die Infektionsambulanz. Andernfalls wird er primär in der Ambulanz der jeweils zuständigen Abteilung vorstellig!

Besucher werden nur eingelassen, wenn o.g. Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden.