Bitte kommen Sie nicht früher **als 15 Minuten vor einem geplanten Termin**. Bitte füllen Sie den Fragebogen am Tag der Behandlung / des Termins sorgfältig aus und zeigen ihn unseren Mitarbeitenden am „Karls Cafe“ / an der Pforte oder in der Zentralen Patientenaufnahme.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte ankreuzen: | Patient | Begleitperson |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  |  | Geb.: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wohnort: |  |  | Tel.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Für Patienten: Name der Klinik/Fachabteilung: |  |
| Für Begleitpersonen: Name, Vorname des Pat.: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Termin, Datum: |  |  | Uhrzeit: |  |

**Nachweis:**  Negativer Corona Test (< 48 h) Vollständige Impfung (2. Dosis > 14 / 28 d) Genesen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Falls keiner der drei Nachweise vorliegt, bitte sorgfältig ausfüllen:** | **Nein** | **Ja\*** |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland / Risiko-Gebiet? |  |  |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt (> 10 Minuten, < 1,5 Meter Abstand) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? |  |  |
| Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt?  Falls Ja: Datum:  Test-Ergebnis:  Positiv  Negativ  Ergebnis offen |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie folgende Symptome?** | **Nein** | **Ja\*** |
| Verlust von Geschmacks- und/oder Geruchssinn |  |  |
| Fieber > 37,5 °C |  |  |
| Trockener Husten |  |  |
| Muskel- / Gelenk- und / oder Kopfschmerzen |  |  |
| Halsschmerzen |  |  |
| Abgeschlagenheit / schweres Krankheitsgefühl |  |  |
| Übelkeit / Erbrechen / Durchfall |  |  |
| Schnupfen |  |  |
| Luftnot |  |  |

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. *\*Ärztliche Einschätzung erforderlich*

|  |
| --- |
| **Ärztliche Einschätzung: COVID-Verdacht □ Ja □ Nein**  Falls Ja, direkte Rücksprache mit der Klinik, um zu klären:  □ Patient zurück an den Einweiser / Hausarzt schicken  **Kommentar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ich werde über alle Änderungen bzgl. der genannten COVID-Symptome, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung machen.

**Ich werde mich an folgende Regeln halten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tragen des Mund-Nasen-Schutzes während des Aufenthaltes |  |
| Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) einhalten |  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in, Begleitperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identität überprüft/Einlass gewährt Unterschrift RMK / Security: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_