

**Wir bitten Sie Ihre Besuchszeit auf eine Stunde zu beschränken.
Vielen Dank!**

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Zur Unterbrechung von Infektionsketten im Rahmen der neuen Erkrankung COVID-19 durch das SARS-CoV-2 bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

1. Symptome

Zeigen Sie <u>aktuell</u> bzw. in den letzten 14 Tagen Symptome wie:	Ja	Nein
Fieber/Schüttelfrost		
Husten		
Vermehrtes Atmen, Kurzatmigkeit, Atemnot (Dyspnoe)?		
Schnupfen/verstopfte Nase		
Halsschmerzen		
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn?		
Andere nicht genannte grippale Symptome (z.B. ungewöhnliche Schwäche, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen)?		

2. Kontakte

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage <u>engen ungeschützten Kontakt</u> (<1,5m) zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall?		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer <u>Region mit gehäuften COVID-19-Fällen?</u> (Inzidenzrate ≥ 50 Erkrankte/100.000 Einwohner/7 Tagen)		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem <u>Risiko-Land</u> (außerhalb Deutschlands)?		
Hielten Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem anderen <u>Krankenhaus oder einem Pflegeheim</u> (als Patient oder Besucher) mit erhöhtem Aufkommen von Lungenentzündungen auf?		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?		

3. Testung

Wurden Sie bereits auf SARS-CoV-2 getestet?		
Wann? Ergebnis:	positiv	negativ
Unterliegen Sie aktuell den <u>Quarantänevorgaben</u> eines Gesundheitsamtes oder eines Arztes?		

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich sowohl die Information zum Datenschutz als auch den Hinweis auf die zwingend einzuhaltenden Hygieneregeln zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift