

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Zum Schutz Ihrer Person und unserer Mitarbeiter bitten wir Sie zunächst folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome?

Wenn Ja, melden Sie sich bitte bei unserem Personal!

Fieber (Temperatur >37,5°)
Halsschmerzen oder Schluckstörungen
(trockener) Husten
Neu aufgetretene Atemnot
Nicht vorbestehende Geschmacks- oder Geruchsverlust bzw. Störungen
Durchfall oder Übelkeit/Erbrechen
Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust in den letzten Tagen
Schnupfen (soweit durch Vorerkrankungen (Heuschnupfen, Hausstauballergie, COPD) nicht erklärbar)
Kontakt mit einem SARS- CoV-2-positiven Personen

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie auf die Informationen zum Datenschutz hingewiesen wurden (Aushang und www.raphaelklinik.de), dass Ihnen das Informationsblatt zu geltenden Hygienerichtlinien ausgehändigt wurde und Sie keine der oben genannten Symptome aktuell oder in den letzten 14 Tagen aufgewiesen haben:

Datum, Unterschrift _____

Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet wird, wird umgehend der diensthabende Arzt der aufnehmenden Fachabteilung kontaktiert und entscheidet über das weitere Procedere!