

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Grund des Kommens:  
 Notfall  
 Sprechstunde  
 geplante Aufnahme  
 Abteilung \_\_\_\_\_

**Risiko-Abfrage:**

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Tag Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5°Celsius)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bei allen Personen ab sechs Jahren:** Der Zutritt ist nach aktueller Rechtslage zudem nur bei einem „3G-Status“ (geimpft, genesen oder getestet) zulässig. Der „3G-Status“ kann wie folgt nachgewiesen werden:

**Nachweise:**

Haben Sie einen Impfnachweis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Genesenen-Nachweis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen negativen Schnelltest einer anerkannten Abstrichstelle mit Nachweis? (Schnelltest darf max. 24 h und ein PCR-Test max. 48 h alt sein)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige die Richtigkeit vorstehender Angaben:

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift 1. Kontakt

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift 2. Kontakt

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift 3. Kontakt

**Vom Sichtungspersonal auszufüllen**

Datum	Uhrzeit	Temperatur 1	Temperatur 2	Temperatur 3	Unterschrift Mitarbeiter der Sichtungsstelle: