

Фамилия: _____
 Имя: _____
 Дата рождения: _____
 Адрес: _____
 Номер телефона: _____

Причина прихода:
 • Крайний случай
 • Часы приёма
 • Плановый приём
 Отделение _____

Опрос о риске:

Имели ли вы в последние 14 дней, до сегодняшнего дня, связи к лицам зараженными коронабирусом.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Имеете ли вы повышенную температуру (>37,5°селзиуз)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Есть ли новые жалобы на дыхательные пути, в частности в виде сухого кашля	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Для всех лиц от 6 лет: Вход допускается для нынешней юридической ситуации, к которой только в статусе ЗГ (вакцинированы, выздоровевшей или протестированы)допустим.
 Статус ЗГ можно доказать следующим образом

есть доказательство вакцинации	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
восстанавливающиеся доказательства выздоровевший	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
есть быстрый тест аннально признанных мазок точки с доказательством (Быстрый Тест максимум 24 часа годен, тест на ПЦР- максимум 48 часов годен)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Я подтверждаю правильность выше указанной информации:

 Дата, Подпись 1. Контакта

 Дата, Подпись 2. Контакта

 Дата, Подпись 3. Контакта

Vom Sichtungspersonal auszufüllen

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