

Adiniz:	_____
Soyadiniz:	_____
Dogum tarihi:	_____
Adres:	_____
Tel.:	_____

Gelme Sebebiniz:
<input type="checkbox"/> Acil
<input type="checkbox"/> Muayene
<input type="checkbox"/> Planli Görüşme
Bölüm _____

**Risk-Sorulari:**

Son 14 Gün içinde Coronavirus bulaşmış biriyle Kontakta buldunuzmus?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
Yüksek ateşiniz var mi? Ates >37,5° Celsius?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
Yeni ortaya çıkan tat alma ve kakis alma bozukluğu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
Yeni ortaya çıkan hava yolu rahatsızlığınız u örnek kuris öksürük?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir

Altı yaş ve üstü tüm kişiler için: Mevcut yasal duruma göre, erişime yalnızca "3G statüsü" (aşılanmış, iyileşmiş veya test edilmiş) ile izin verilmektedir. "3G durumu" şu şekilde kanıtlanabilir:

**Kanit:**

Aşı belesi var mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
Iyileşme belirtisi var mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
Kabul edimis hizli testiniz vorm? (negativ) 24 saatten, PCR Test max. 24 saat olacak sekilde	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir

Tüm Sorularimi Dogru Cevapladima Onayliyorum:

\_\_\_\_\_  
Tarih, Imza 1. temas

\_\_\_\_\_  
Tarih, Imza 2. temas

\_\_\_\_\_  
Tarih, Imza 3. temas

**Vom Sichtungspersonal auszufüllen**

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