

Abfrage der Gesundheitsdaten

Symptome

Leiden bzw. litten Sie aktuell oder in den letzten 14 Tagen an folgenden Symptomen :

- | | <u>JA</u> | <u>NEIN</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Fieber / Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kurzatmigkeit / Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schnupfen / verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Verlust von Geruchs - und /oder Geschmackssinn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere nicht genannten grippeähnliche Symptome
(z.B. ungewöhnliche Schwäche, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kontakte

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen ungeschützten Kontakt (<1,5m) zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Waren sie in den letzten 14 Tagen in einer Region mit gehäuften COVID-19-Fällen?
(Inzidenzrate ≥ 50 Erkrankte/100.000 Einwohner/7 Tagen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hielten Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem anderen Krankenhaus oder einem Pflegeheim (als Patient oder Besucher) mit erhöhtem Aufkommen von Lungenentzündungen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Testung

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wurden Sie bereits positiv auf SARS-CoV-2 getestet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, wann? Datum: _____ | | |
| • Wenn ja, unterliegen Sie akutell weiterhin den Quarantänevorgaben des Gesundheitsamtes oder eines Arztes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sollte eine Frage mit Ja beantwortet werden, wird Ihnen auf Basis der geltenden Corona-Schutzmaßnahmen der Zutritt verwehrt.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns ebenfalls vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift