

COVID - gesundheitliche Ersteinschätzung

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Ich bin (bitte ankreuzen)

- Patient
 - Begleitperson eines Patienten
 - Besucher für Name/Station:
-

Ich habe einen Termin:

Datum:

Uhrzeit:

Ich verspüre deutlich folgende Symptome (bitte ankreuzen)

- Geschmacks- oder Geruchsveränderung
 - Fieber (über 37,5° Grad)
 - Husten
 - Halsschmerzen
 - Durchfall oder Erbrechen
 - Atemprobleme
-

Kriterien laut RKI, 28.5.2020

Unterschrift

