

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Patientenname: _____

Zimmernummer: _____

Temperatur?			
Gliederschmerzen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Husten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Schnupfen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Luftnot / Atembeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Allergie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Geruchs- und Geschmacksverlust?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die an einer bestätigten Coronainfektion erkrankt ist? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Waren Sie in den letzten 14 Tagen länger als 2 Tage im Ausland? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____			
INFEKTIÖSITÄT?			
JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Patient/in, Besucher/in

Datum, Unterschrift des Erfassers