

Bitte um Beachtung der Maskenpflicht im gesamten Klinikbereich.

Klinikum Fünfseenland Gauting GmbH | Robert-Koch-Allee 6 | D-82121 Gauting

Patientenetikett
bzw.
Name, Station

Coronamanagement im Klinikum Fünfseenland Aufnahmeformular Patient/in

Für uns als Gesundheitseinrichtung ist im Umgang mit Covid-19 größte Vorsicht und Umsicht geboten - im Interesse der Patienten, der Besucher und aller Mitarbeiter des Klinikums Fünfseenland. Deshalb bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

Nr.	Fragen	Ja	Nein
1.	Haben Sie einen aktuellen Coronatest? Wenn ja, legen Sie das Ergebnis bitte vor.		
2.	Corona-Schnelltest durchgeführt am: _____ um: _____ Ergebnis: <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv Durchgeführt von: _____		
3.	Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Genesen <input type="radio"/> Ja, bisher nur Einfach am _____ <input type="radio"/> Ja, Zweifach 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____		
4.	Haben/hatten Sie Kontakt zu einer Corona-positiven Person?		
5.	Sind Sie oder waren Sie wegen Corona in Quarantäne? Wenn ja, seit wann/bis? Beginn: _____ Ende: _____		
6.	Haben Sie Symptome (zutreffendes bitte ankreuzen)? <input type="radio"/> Keine Symptome oder <input type="radio"/> Fieber <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Geruchs- oder Geschmacksstörungen <input type="radio"/> Sonstige Symptome (außer Allergien oder Symptome einer chronischen Erkrankung)		
7.	Waren Sie im Ausland? Wenn ja, wo: _____ Bis wann: _____		

Hiermit bestätige ich, die wahrheitsgemäßen Beantwortungen der oben aufgeführten Fragen.

Datum: _____

Patientenunterschrift: _____

Vorname, Name	
Adresse (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer	

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten werden zwei Wochen lang gespeichert und danach gelöscht.