

Erklärung des Patienten/der Patientin:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ggf. Begleitperson: _____

abweichende Adresse: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen wahrheitsgemäß und vollständig:

	Patient*in		Begleitperson	
Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt angeordneten Quarantäne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer mit dem Corona-Virus infizierten Person?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zum „3G-Status“ (Patient*in):

- Ich verfüge über eine **vollständige Impfung** gegen das Corona-Virus (Impfzertifikat).
- Ich bin in den letzten 6 Monaten nachweislich von einer PCR-bestätigten Corona-Infektion **genesen** (Genesenenzertifikat)
- Ich kann einen aktuellen, unter Aufsicht durchgeführten, **negativen Corona-Test** nachweisen. Ein Antigen-Schnelltest darf max. 24 h, ein PCR-Test max. 48 h alt sein.

Die bekannten Hygienemaßnahmen sowie entsprechende Anweisungen des Klinikpersonals werde ich befolgen.

Datum

Unterschrift Patient*in und ggf. Begleitperson