

Formblatt

Personen - Registrierung bei COVID-19



Datum	
Zielort / Station	
Name des besuchten Patienten/ der besuchten Patientin	

Bitte kreuzen Sie die unten aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß an!

		ja	nein
1.	Haben Sie folgende Beschwerden?		
	a. Husten		
	b. Luftnot		
	c. Halsschmerzen		
	d. Gliederschmerzen		
	e. Fieber		
	f. Verlust des Geschmacks- und / oder Geruchssinn		
2.	Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?		
3.	Hatten Sie Kontakt zu einem in Abklärung befindenden COVID-19 Fall?		
4.	Sind Sie über 16 Jahre alt?		

Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer	

Geben Sie das vollständig ausgefüllte Formular bitte an der Information ab. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.