

SICHTUNGSBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir danken Ihnen, dass Sie uns dabei unterstützen, die gesetzlichen Vorgaben zur Früherkennung einer Covid-19 Infektion zu erfüllen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und korrekt aus! **Bitte halten Sie Ihren 3G-Nachweis bereit!**

Ich bin

Bitte ankreuzen Patient*in ambulant stationär
 Besucher*in
 Begleitperson
 Externer Dienstleister

Persönliche Daten

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____

Erfüllen Sie 3G-Regel (Geimpft, Genesen oder Getestet)?

Gelten Sie als **vollständig** gegen COVID-19 **geimpft**? ja nein

Gelten Sie als **genesen**? ja nein
(COVID-19 Infektion vor 1-3 Monaten durchgemacht)

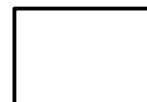
Verfügen Sie über einen aktuellen negativen **Covid-19 Test**? ja nein
(Antigen-Schnelltest nicht älter als 24h oder PCR-Test nicht älter als 48h mit offiziellem Nachweisdokument; Selbsttests werden nicht akzeptiert)

Wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass grundsätzlich auf dem ganzen Klinikgelände eine FFP2 Maske zu tragen und ein Abstand (>1,5m) zu anderen einzuhalten ist. Bitte desinfizieren Sie ihre Hände beim Betreten und Verlassen des Gebäudes/des Patientenzimmers.

Datum/Unterschrift _____

Durch Mitarbeiter geprüft



HZ