

Erfassung Patienten/Begleitpersonen/Besucher RoMed Kliniken

Gem. Bayer. Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (BayIfSMV)

Aufenthaltsdatum: _____

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Ich bin Patient Besucher/Begleitperson von

Name, Vorname des besuchten/zu begleitenden Patienten

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Krankheitserscheinungen und möglichen Kontakten zu COVID

Symptome (aktuell oder innerhalb der letzten zwei Tage)

Akut aufgetretene Erkältungszeichen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Neu aufgetretene Geruchs-/Geschmacksstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Kontakt zu Coronavirus

Eigene COVID-Erkrankung (innerhalb der letzten 4 Wochen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kontakt mit COVID-Fall (innerhalb der letzten 2 Wochen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kontakt mit bestehendem COVID Verdacht (innerhalb 2 Wochen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Datum, Unterschrift

Diese Daten werden nach 4 Wochen vernichtet