

Anmeldeformular

Bitte ankreuzen: Besucher Notfall Sprechstunden-Patient
 stationärer Patient Lieferant/Handwerker

Vorname	Nachname
Straße	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Geburtsdatum
Sprechstunde/Ambulanz: Fachrichtung	Station

Getestet <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor	Geimpft <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor	Genesen <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor
<input type="checkbox"/> Krankheitsanzeichen	Wie z.B.: Fieber, Hals- schmerzen, Schluck- beschwerden, Husten, Atemnot, Geschmacksverlust	Tragen Sie bitte Ihre Anzeichen ein:

Datum, Unterschrift: Besucher/Lieferant/Patient

(untenstehende Angaben werden von der Einrichtung ausgefüllt)

SCREENING

Was	durchgeführt
Temperaturmessung	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffsättigung	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift: Einrichtung

ANTIGEN-TEST

positiv	<input type="checkbox"/>
negativ	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift: Einrichtung