

Risikobewertung (COVID – 19)

Dieses Formular gilt für alle **Patienten** und **Besucher** des Krankenhauses. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und legen sie einen Nachweis vor (geimpft, genesen, getestet). Vor dem Besuch ist die Abgabe dieser Risikobewertung Voraussetzung für den Besuch.

Besuchte (r) Patient/-in Name:	Station:
	Zimmer:

Nachname, Vorname: (od. Patientenetikett bei ambulanten Patienten)
Adresse:
Telefon:

1.	Impfstatus			
A.	Eine 2-malige Impfung liegt vor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Datum:
B.	Genesen nach Covid-19 Infektion + 1x geimpft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Datum:
C.	Boosterimpfung wieviele?: _____ x	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Datum:

2.	Genesen		
Hatten Sie in der Vergangenheit eine nachgewiesene Covid- 19 Infektion? (28 bis 90 Tage nach Krankheitsbeginn)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
		Genesennachweis ist gültig bis (Datum): _____	

3.	Getestet	Ja	Nein	Test durchgeführt am:
	Antigen- Schnelltest (max. 24.Std alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:
	PCR- Test (max. 48. Std. alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:

4.	Aktuelle Krankheitssymptome	Ja	Nein
	Fieber bzw. Temperatur >37,5° C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Husten/ Schnupfen/ Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verlust Geschmacks- / Geruchssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchfall und/oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich alle Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum: _____ Unterschrift Besucher/Patient: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____
(Das Formular wurde geprüft)