



Risikobewertung (COVID – 19) für ambulante Patienten und Besucher

Datum: _____

Dieses Formular ist sowohl für **ambulante Patienten** als auch **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:
--------------------------------------	-----------------	----------------

Benutzung der Luca-App	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Besucher, die die **Luca- App** benutzen, müssen nur den Namen eintragen, **nicht** die Adresse und Telefonnummer.

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

1.	Geimpft		
Liegt der vollständige Impfschutz vor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Genesen nach Covid-19 Infektion + 1x geimpft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

2.	Genesen		
Hatten Sie in der Vergangenheit eine nachgewiesene Covid- 19 Infektion? (28 Tage bis 6 Monate nach Krankheitsbeginn)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

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

4.	Aktuelle Krankheitssymptome	Ja	Nein
Fieber bzw. Temperatur >37,3° 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)