

St. Valentinus-Krankenhaus

Sebastian-Kneipp-Straße 11, 65812 Bad Soden

Suttonstraße 24, 65399 Kiedrich

COVID-19-Checkliste Besucher:innen

Name: _____

geb. am: _____

Temperatur: _____

	ja	nein
1. Haben Sie eine COVID-19-Infektion durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wann? _____		
2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland heimgekehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, woher? _____		
3. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:		
• Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber > 38 Grad Celsius?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neu aufgetretene Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnupfen, Husten, Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Unterschrift: _____