

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

	Ja	Nein
Haben Sie aktuell bzw. in den letzten Tagen Anzeichen einer Atemwegserkrankung, Fieber, Halsschmerzen oder Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem internationalen COVID-19 - Risiko-/Virusvariantengebiet (laut RKI)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantworten müssen,
ist ein Besuch in unserer Klinik leider nicht möglich.

Bitte erfassen Sie nun Ihre persönlichen Daten¹:

Name und Vorname des besuchten Patienten	
--	--

Persönliche Daten des Besuchers:

Name und Vorname	
Telefonnummer <u>oder</u> Adresse	

Datum:

Unterschrift:

¹ Die Daten werden ausschließlich für eine Nachverfolgung im Falle eines Infektionsauftretens mit SARS-CoV-2 (Covid-19) in den Kliniken gemäß §9 der Thüringer Verordnung zur Eindämmung des SARS-CoV-2 (Covid-19) genutzt und nach Ablauf von vier Wochen gemäß den Datenschutzrichtlinien vernichtet.