

SARS-CoV-2 Selbstauskunftsbogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

1. Ich bin:

Patient:in

Besucher:in oder Begleitperson

2. Ich erfülle die aktuellen Zutrittsvoraussetzungen durch folgenden Nachweis:

GEIMPFT

- ✓ Nach Vollimmunisierung < 9 Monate (bei Janssen ab dem 22. Tag)
- ✓ Einmalig geimpft nach Genesung < 9 Monate
- ✓ Erstimpfung plus PCR-Test

GENESEN

- ✓ Nach abgelaufener Infektion < 6 Monate

GETESTET

- ✓ PCR-Test < 72 Stunden

3. Ich habe eines oder mehrere der folgenden Symptome:

JA

NEIN

- | | |
|--------------------|---------------------|
| × Halsschmerzen | × Geschmacksverlust |
| × Husten | × Geruchsverlust |
| × Gliederschmerzen | × Durchfall |
| × Kopfschmerz | × Fieber |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift