

# 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
- ✓ Nach dritter Impfung („Booster“) < 9 Monate

**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