



Gesundheitsfragebogen

Datum des Klinikaufenthaltes	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon- und/oder Handynummer	
Zuständiges Gesundheitsamt	

Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter www.bgu-ludwigshafen.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Ich habe mich in den vergangenen 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet, Hochinzidenzgebiet oder Virusvariantengebiet (gemäß der aktuellen Einschätzung des Robert-Koch-Instituts) aufgehalten.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Kontakt mit einer COVID-19 infizierten Person.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Ich weise Symptome wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden oder Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns auf.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Sind sie vollständig geimpft (2 Impfungen plus 14 Tage)? Falls ja, bitte Nachweis mitbringen!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Falls nein: Haben Sie einen negativen Schnelltest, nicht älter als 24 Stunden? Falls ja, bitte Nachweis mitbringen!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>