**Ankunftszeit: _____Uhr**

**Voraussichtliche Austrittzeit: _____Uhr**

MEDIZIN CAMPUS BODENSEE

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*der Medizin Campus Bodensee setzt im Zusammenhang mit der Corona-Viruserkrankung auf Ihre Kooperationsbereitschaft und bittet Sie, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen und anschließend gleich abzugeben.*

***Besucherregelung:*** *Pro Patientin/Patient ist pro Tag nur ein Besucher gestattet.*
***Besuchszeit:*** *15 bis 18 Uhr*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mithilfe.*

## Fragebogen Eingangstriage

Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Adresse/Handy Nr.:

bitte ankreuzen

- stationäre Aufnahme geplant
- Ambulanter Aufenthalt (OP, Vor-/Nachsorge, MVZ)
- Begleitung / Besucher-/in
  - ggf. Name des begleiteten oder besuchten Patienten (Vor- und Zuname)

Fragebogen COVID-19 (Zutreffendes bitte einkreisen)

- hatten Sie in den letzten vier Wochen eine COVID-19 Infektion? Ja Nein
- hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person? Ja Nein
- haben Sie aktuell folgende Symptome?

| | | |
|---|---|---|
| Fieber | Ja | Nein |
| Husten | Ja | Nein |
| Geruchs-/Geschmacksverlust | Ja | Nein |
| Halsschmerzen | Ja | Nein |
| Gliederschmerzen | Ja | Nein |

- Wenn Sie Symptome haben, seit wann? _____

_____
Unterschrift Patient/Besucher Datum

*Wir weisen Sie höflich darauf hin,* dass vorsätzliche Falschaussagen ggf. zur Anzeige gebracht werden können.