

Besucher*in: _____
 Name Vorname Geburtsdatum

1) Haben Sie Husten/Atemnot/Fieber/
Geruchs- oder Geschmacksverlust?

ja

nein

2) Hatten Sie IN DEN LETZTEN 14 TAGEN Kontakt mit
COVID-19 erkrankten/positiven Personen?

3) Wurden Sie in den letzten 14 Tagen
auf COVID-19 getestet?

Datum des Tests:

Ergebnis des Testes:

a) AUSSTEHEND b) COVID-19 POSITIV c) COVID-19 NEGATIV

4) Hatten Sie bereits eine COVID-19-Infektion?

 Nein Ja

Falls ja, wann? _____

Falls ja, sind Sie danach geimpft worden? Nein Ja

5) Haben Sie einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19?

 Nein Ja

Falls ja, geprüft durch: App Impfbescheinigung Impfpass

➤ Aktuelle Temperatur (Thermoscan): neutral erhöht

➤ Mund-Nasen-Schutz erhalten: Ja

➔ Sofern eine der **Fragen (1, 2, 3 a+b)** mit **JA** beantwortet wurde und/oder die Temperatur **erhöht** (≥ 38 °C) ist, bitte umgehende Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder der KV Telefonnummer 116 117 zur Abklärung einer fieberhaften Atemwegsinfektion und/oder Covid-19 Evaluation. **Kein Zutritt ins MRI!**

Ich versichere, wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.

(Dokument in der tagesaktuellen Besucherliste der Station an der Pforte ablegen oder dem klinischen Mitarbeiter, der den Besuch empfängt, übergeben!)

München, _____ (Datum)

.....
Unterschrift Besucher*in

.....
Unterschrift Mitarbeiter*in (in Druckbuchstaben)