

**Kurzscreening für externe Dienstleister, Bewerber,
Vertreter etc. in der Elisabeth-Klinik**



Vor- und Nachname								
Telefon-Nr. / Email-Adresse								
Firma, Firmenanschrift								
Gültig für KW								
Arbeitszeitangabe (von- bis)								
Impfung gegen COVID-19		<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN				
Impfstoff: _____	Datum	1. Impfung: _____		2. Impfung: _____				
Bitte Zutreffendes für den jeweiligen Tag ankreuzen!								
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Ich habe keine Beschwerden und fühle mich gesund								
Halsschmerzen und/ oder Schluckbeschwerden								
Husten								
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B.Allergie) erklärbar								
Geschmacks- oder Geruchsverlust								
Allgemeine Abgeschlagenheit und/ oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung								
Fieber								
Atemnot								
Ich hatte Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen innerhalb der letzten 14 Tage								
HZ								
Eintritt wurde gewährt								
In die Hgienemaßnahmen wurde eingewiesen:								

**Dieses Formular wird für 4 Wochen in der entsprechenden Abteilung , ggfs
bei der PDL aufbewahrt!**

_____ Datum und Unterschrift