

## SELBSTAUSKUNFT FÜR PATIENTEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Donauklinik Neu-Ulm     Stiftungsklinik Weißenhorn     Gesundheitszentrum Illertissen

1. Haben Sie bereits eine Corona-Schutzimpfung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie oft?  1 x  2 x  3 x  4 x  
Wann war Ihre letzte Impfung? Datum: \_\_\_\_\_
2. Waren Sie bereits an Corona erkrankt und sind genesen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann waren Sie an Corona erkrankt? Datum: \_\_\_\_\_
3. Wurden Sie innerhalb der letzten 24 Stunden auf das Coronavirus getestet und können einen negativen Befund vorweisen?  Ja  Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines dieser Krankheitssymptome:  
Fieber, Husten, Halsschmerzen, Gliederschmerzen,  
Atemnot, Geruchs- und Geschmacksstörungen?  Ja  Nein

Die mir mitgeteilten Hygienemaßnahmen werde ich befolgen und den Anweisungen der Mitarbeiter der Kreisspitalstiftung Weißenhorn Folge leisten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**Wird von unseren Mitarbeitern ausgefüllt:**

Impfstatus/Coronatest/Genesenenbescheinigung auf Richtigkeit kontrolliert  Ja

Unterschrift Empfang/Patientenaufnahme: \_\_\_\_\_