

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Kinder,

aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie-Situation möchten wir unsere Patientinnen und Patienten und auch unsere Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten wir Sie, uns dabei zu unterstützen und die folgenden Hinweise zu beachten. Falls Sie kürzlich umgezogen sind, teilen Sie uns bitte Ihre neue Adresse und Kontaktdaten mit.

Wir bitten Sie, möglichst im eigenen PKW und ausnahmslos infektfrei und ohne Fieber anzureisen. Im Rahmen Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik müssen Sie und Ihr(e) Kind(er) sich an die jeweils aktuellen Hygiene- und Abstandsregeln halten, über die wir Sie nach Anreise ausführlich informieren werden.

In unserer Klinik besteht Maskenpflicht für Sie und Ihr(e) Kind(er) ab 6 Jahren. Bitte bringen Sie einen Mund-Nasen-Schutz bei Anreise mit.

Unabhängig von der Corona Pandemie müssen Sie gemäß des Infektionsschutzgesetzes ohne Einschränkungen für den Besuch in einer Gemeinschaftseinrichtung zugelassen sein (<https://bundesgesundheitsministerium.de>), d.h. ohne ansteckende Krankheit anreisen und gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) geimpft sein. Bitte lassen Sie sich dies von Ihrem Hausarzt und Kinderarzt bestätigen (s.u.).

Den folgenden COVID-19-Fragebogen füllen Sie bitte persönlich aus und senden ihn unterschrieben zurück. Wir werden diese Angaben möglichst kurz vor Ihrer Anreise noch einmal telefonisch mit Ihnen gemeinsam auf Aktualität überprüfen.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

		ja	nein
1.	Haben Sie allgemeine Erkältungssymptome (Fieber, Husten etc.)? Wenn ja: Seit wann sind welche Beschwerden aufgetreten?		
2.	Haben Sie einen plötzlichen Verlust des Geruchs- oder Geschmacks-sinns bemerkt?		
3.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland / Risikogebiet Wo:		
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die auf COVID-19 positiv getestet wurde?		
5.	Hatte(n) Ihr(e) Kind(er) in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die auf COVID-19 positiv getestet wurden?		
6.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf COVID-19 bestand?		
7.	Hatte(n) Ihr(e) Kind/(er) in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf COVID-19 bestand?		
8.	Waren Sie in Isolierung oder in Quarantäne? Von _____ bis _____		
9.	War(en) Ihr(e) Kind/(er) in Isolierung oder in Quarantäne? Von _____ bis _____		
10.	Hatten Sie oder Ihr(e) Kind(er) bereits eine COVID-19-Infektion? Wenn ja: wer: _____ Wann: _____		

Bei Fragen nehmen Sie gern Kontakt mit dem medizinischen Bereich auf.

Datum: _____ **Unterschrift Patient(in)** _____

Datum: _____ **Unterschrift/Stempel Haus- Kinderarzt** _____