

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Ihnen und den Mitarbeitern einen bestmöglichen Schutz zu gewähren, möchten wir Sie bitten, vor Betreten des MVZ am Klinikum Wolfsburg diese Fragen zu beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!

Name: _____ Geb. Datum: _____
Vorname: _____ Adresse: _____
Telefon-Nr. _____

Frage 1: Hatten Sie in der letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die positiv getestet wurde auf Corona?

Ja Nein

Frage 2: Leiden Sie aktuell unter Erkältungsbeschwerden, Fieber oder Durchfall, bzw. unter speziellen COVID-19-Symptomen wie Husten, Luftnot, Riech- und/oder Geschmacksverlust?

Ja Nein

Frage 3: Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?

Ja Nein

Wenn Sie **mindestens eine der Fragen mit Ja** beantwortet haben, muss mit dem behandelnden Arzt geklärt werden, ob Sie das MVZ betreten dürfen.

Zum Zweck der Klärung geben Sie bitte den **Fachbereich** an, den Sie aufsuchen wollen:

Chirurgie Orthopädie Neurologie Rheumatologie Strahlentherapie

Bis zum Abschluss der Klärung warten Sie bitte vor dem Haupteingang des MVZ.

Wenn Sie **die Fragen mit Nein** beantwortet haben, **geben Sie diese Checkliste anschl. unterschrieben an der Anmeldung ab.**

Die Checklisten werden nach 14 Tagen von uns datenschutzkonform entsorgt.

Bitte beachten Sie die Mund-Nase-Schutz-Pflicht!

Datum

Unterschrift