



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Kundinnen und Kunden,

Bereich: Orthopädie-Technik Rehabilitation Therapie
 Schienenkontrolle Medical Fitness Sport Protection

Name

Vorname

Geburtsdatum

Haben Sie **grippeähnliche Symptome**?

Ja Nein

Haben Sie neu aufgetretenen **Husten**?

Ja Nein

Haben Sie neu aufgetretene **Luftnot**?

Ja Nein

Haben Sie **Fieber**?

Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der **letzten 14 Tage Kontakt** zu
einem bestätigten COVID-19 Patienten?

Ja Nein

Waren Sie in den **letzten 14 Tagen** an COVID-19 erkrankt
oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion?

Ja Nein

Haben Sie aktuell **Geruchs- und Geschmacksstörungen**?

Ja Nein

Datum _____

Uhrzeit von - bis: _____

Unterschrift: _____

geprüft durch Mitarbeiter: _____

Trifft ein Kriterium zu, dann melden Sie sich bitte telefonisch bei Ihrem Hausarzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Ein Zutritt ist nicht möglich.

Bitte desinfizieren Sie sich beim Betreten des Gebäudes die Hände. Das Tragen einer **FFP2-Maske** ist verpflichtend und gehen Sie bitte auf direktem Wege zu Ihrem jeweiligen Ansprechpartner und nach dem Termin zum Ausgang. Dieses Infoblatt gilt gleichzeitig als **Besucherausweis**, ist auf Verlangen vorzuzeigen und am Ende des Besuches am Ausgang wieder abzugeben.

Bitte halten Sie auch die Abstandsregel von 1,5 m zu anderen Personen ein.

Wir möchten uns bei Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe bei der Einhaltung dieser Regelungen bedanken, denn Sie tragen damit ganz wesentlich dazu bei, dass wir Ihnen und allen anderen Patienten die nötige Aufmerksamkeit und den nötigen Schutz zukommen lassen können!

Ihr ORTEMA-Team

Interner Prozess ORTEMA:

Bei jedem Patienten oder Kunden ist ein extra Formular auszufüllen

Eingang: Prüfen der Kriterien und wenn erfüllt Dokumentation

Ausgang: Entgegennahme dieses Formulars und datenschutzkonforme Entsorgung

Bei jedem neuen Besuch beginnt der Prozess von vorne