

Begleitpersonen-Tagebuch | Covid-19

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
---------------	---------------

Als Begleitperson sind Sie verpflichtet, dieses „Begleitpersonen-Tagebuch | Covid-19“ ab 14 Tagen vor Anreise laufend zu führen und bei Ihrer Ankunft vorzulegen.

Bei Temperaturerhöhungen (höher als 37,5 °C) oder bei Auftreten von Symptomen, melden Sie sich umgehend telefonisch unter 02812/8681-251 in der Zeit von 8.00 bis 12.00 Uhr Montag bis Freitag.

Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:

100% Recyclingpapier

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs GmbH & Co KG, A-3920 Groß Gerungs, Kreuzberg 310
 Persönlich haftender Gesellschafter: Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs GmbH
 Firmenbuchnummer: FN 5305b, Firmenbuchgericht: LG Krems, UID-Nr.: ATU 20676604, DVR-Nr.: 1070347
 Tel. 02812-8681-0, Fax 02812-8681-300, E-mail: office@herz-kreislauf.at, www.herz-kreislauf.at
 UniCredit Bank Austria AG, IBAN AT38 1100 0022 3108 8200, BIC BKAUATWW, BLZ 12000
 Waldviertler Sparkasse Bank AG, IBAN AT66 2027 2021 0001 6258, BIC SPZWAT21, BLZ 20272



herzkreislauf●●●

zentrum GROSS GERUNGS

Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:

Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall hatte.

Ort / Datum

Unterschrift

VORLAGE
Freigabe vom: 11.05.2020, Version 1
Erstellt von: Hotel-Receptor

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs GmbH & Co KG, A-3920 Groß Gerungs, Kreuzberg 310
 Persönlich haftender Gesellschafter: Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs GmbH
 Firmenbuchnummer: FN 5305b, Firmenbuchgericht: LG Krems, UID-Nr.: ATU 20676604, DVR-Nr.: 1070347
 Tel. 02812-8681-0, Fax 02812-8681-300, E-mail: office@herz-kreislauf.at, www.herz-kreislauf.at
 UniCredit Bank Austria AG, IBAN AT38 1100 0022 3108 8200, BIC BKAUATWW, BLZ 12000
 Waldviertler Sparkasse Bank AG, IBAN AT66 2027 2021 0001 6258, BIC SPZWAT21, BLZ 20272

