

Checkliste Coronavirus/Grippevirus vor Anreise/ Betreten der Klinik

Sehr geehrte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der derzeitig erhöhten Infektionsrisiken, sind wir als großes Reha-Zentrum zur Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung und bestmöglichen Verhinderung einer Weiterverbreitung von Infektionen verpflichtet sowie Infektionsrisiken frühzeitig abzuschätzen. Daher möchten wir Sie **vor Aufnahme in die Reha bzw. Betreten der Klinik** bitten, den rückseitigen Fragebogen gewissenhaft zu beantworten und wie folgt vorzugehen, um eine reibungslose Aufnahme zu gewährleisten:

- ☞ Sollten Sie die **Frage 1** mit **JA** beantworten, wenden Sie sich bitte zunächst **telefonisch** an Ihren Hausarzt, um das Infektionsrisiko und die Reha-Fähigkeit zu besprechen, nehmen Sie ggf. nach vorheriger Rücksprache einen Termin zur Untersuchung wahr. Bitte informieren Sie uns umgehend telefonisch, **wenn keine Reha-Fähigkeit gegeben ist oder Sie sich noch in Abklärung befinden** – gerne stimmen wir einen Ersatztermin mit Ihnen ab. Besteht Reha-Fähigkeit, bitten wir Sie eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vom Hausarzt mitzubringen.

Kontakt-Telefon Klinik Bad Brambach: 037438 96 -510 / 511

Hinweise für die Ankunft / Anreise:

- ☞ Es gibt keinen Grund zur Besorgnis. Als Klinik verfügen wir über Erfahrung im Umgang mit Infektionen, Hygienekonzepte und regelmäßige Kontrollen zur Einhaltung. Wir sind stets auf aktuellem Stand und in jeder Situation gut vorbereitet.
- ☞ Wir bitten die in der Einladung angegebenen Anreisezeiten zu beachten.

Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit!

Ihr Team der Klinik Bad Brambach



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome (z. B. Husten, Fieber)?

Ja Nein

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, bei denen das Coronavirus (per Test) nachgewiesen wurde?

Nein Ja

Falls ja, seit wann sind diese wieder genesen? _____

3. Coronaschutz-Impfung vorhanden

Nein Ja

Wenn ja, 1. Impfung
 2. Impfung

3. Impfung

Ort, Datum

Gegenzeichnung des Befragten

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter der Klinik

.....

Nur vom Arzt der Klinik Bad Brambach auszufüllen:

Beurteilung: _____

Datum: _____ Arzt (in Druckbuchstaben) : _____

Unterschrift Arzt : _____