

Sehr geehrte Angehörige und Besucher,

aufgrund der aktuellen Situation bzgl. der Covid-19 Viruserkrankung,
bitten wir Sie folgende Fragen, zum Schutz unserer Patienten und Mitarbeiter, zu beantworten.

Besucherdaten:			
Name, Vorname			
Straße, Nr.			
PLZ / Ort			
Telefon			
Wen besuchen Sie:			
Patientenname			
Station			
Anderer Grund des Kommens:			
Aufenthaltszeit (Datum/ Uhrzeit):			
Datum	von	bis	
Selbstauskunft:			
Hatten sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Corona-positiven Person?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie folgende aktuelle oder akuten Symptome?:			
<input type="checkbox"/>	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	(Reiz-) Husten oder Niesen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schnupfen		Geruchsstörungen
<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Geschmacksstörungen
<input type="checkbox"/>	Schüttelfrost/ Frieren	<input type="checkbox"/>	Durchfälle
➔ Wenn Sie ein oder mehrere Krankheitssymptome haben, ist ein Besuch im Krankenhaus nicht möglich.			
Wird im Krankenhaus ausgefüllt			
Haben Sie die Informationen zur Hygiene und zum Infektionsschutz gelesen und verstanden?			
Abstandsgebot / Händehygiene / Niesetikette <input type="checkbox"/> Ja			
Datenschutz:			
Diese Daten werden aufgrund der Coronaschutzverordnung der MAGS NRW vom 11. Mai 2020 erfasst und dienen der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette. Die erhobenen Informationen werden gespeichert/archiviert und bei Anfrage oder Verdacht einer Covid-19 Erkrankung an die zuständigen Behörden weitergeleitet. Die Daten werden nach Ende der Corona-Epidemie gelöscht.			
Wird im Krankenhaus ausgefüllt			
Datum	Unterschrift Besucher	Datum/ Stempel/	Unterschrift Krankenhaus