

IHRE DATEN		
Name, Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ / Ort		
Telefon		
FÜR PATIENTEN	FÜR BESUCHER	
<input type="checkbox"/> Es liegt ein Notfall vor.	Patientenname	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Termin bei _____ um _____ Uhr.	Station Besuchszeit max. 60min / Tag!	
Symptomauskunft:		
Bestehen bei Ihnen aktuell oder waren in den letzten zwei Wochen mind. eines der folgenden Symptome auffällig?:	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Fieber > 37,8°C, grippaler Infekt wie Husten, Niesen, Schnupfen, Kopf-, Hals- oder Gliederschmerzen oder auch Durchfälle neu auftretende akute Atemwegsinfektion wie Bronchitis, Lungenentzündung oder Atemnot Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corona-Anamnese: Ist eines der Aussagen zutreffend?		
<ul style="list-style-type: none"> Waren Sie selbst Corona positiv u./o. haben noch Symptome Es liegt ein positives Abstrichergebnis vor. Sie befinden sich aktuell in Quarantäne Sie hatten in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu einer nachweislich Corona-positiven Person Sie haben sich in den letzten 10 Tagen über 24 Std. außerhalb Deutschlands aufgehalten 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Sollten Sie einer der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, verzichten Sie auf einen Besuch Ihrer Angehörigen.		
Datenschutz:		
<p>Diese Daten werden aufgrund der Coronaschutzverordnung des MAGS NRW vom 11. Mai 2020 erfasst und dienen der Rückverfolgbarkeit möglicher Infektionsketten. Die erhobenen Informationen werden nach geltenden datenschutzrechtlichen Fragen verarbeitet und nach Ablauf von vier Wochen vollständig datenschutzkonform vernichtet. Auf Anfrage werden die Daten im Bedarfsfall der zuständigen Behörde zur Verfügung gestellt.</p> <p>Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und das falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation und medizinische Versorgung haben kann. Falsche Angaben können zu haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen führen.</p>		
Ort/ Datum	Unterschrift	
Vom Mitarbeiter im Krankenhaus zu erfassen:		
<input type="checkbox"/> Negatives COVID-19 Ergebnis liegt vor: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> ID-NOW <input type="checkbox"/> PoC		
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft (zwei Wochen nach zweiter Impfung oder eine Woche nach Impfung mit Impfstoff von Johnson & Johnson)		
<input type="checkbox"/> Von einer COVID-Infektion genesen (bis 6 Monate nach Infektion)		
Datum/ Stempel/ Unterschrift Krankenhaus		