

Zur Vermeidung des Eintrages von COVID-19 Erkrankungen sind nachfolgende Fragen zu beantworten.

IHRE DATEN		
Name, Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ / Ort		
Telefon		
FÜR PATIENTEN		
<input type="checkbox"/> Es liegt ein Notfall vor. Sprechen Sie uns direkt an!		
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Termin		
bei	am	um Uhr.
FÜR BESUCHER - Für wen sind Sie als Besucher registriert?		
Patientenname	Station	
Besuchszeit max. 30min/ Tag:	von	bis
SELBSTAUSKUNFT		
Liegt bei Ihnen aktuell eine Atemwegsinfektion vor (z.B. Fieber > 37,8°C akute Bronchitis, Lungenentzündung oder Atemnot) vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegen bei Ihnen Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Fieber > 37,8°C , Husten, Niesen, Schnupfen, Kopf-, Hals- oder Gliederschmerzen oder auch Durchfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie i. d. letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie sich zurzeit in Quarantäne? (Quarantäneverordnung, häusliche Absonderung/ Verfügung) Wenn ja, bis wann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantworten können, ist ein Besuch nicht möglich. ➔ Wenn Sie als Patient kommen und Symptome haben, informieren Sie bitte die Mitarbeiter der Klinik. 		
Haben Sie sich innerhalb der letzten 10 Tage außerhalb Deutschlands aufgehalten? Wenn ja, wo:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Liegt ein gültiger, neg. COVID-19 Test nach der Einreise in Deutschland vor, legen Sie das Ergebnis bitte vor. Gültigkeit: wenn der Nachweis über Anmeldung der Einreise und nach frühestens 5 Tagen der Quarantäne ein neg. Testergebnis vorliegt 		
Haben Sie die Informationen zur Hygiene und zum Infektionsschutz gelesen und verstanden?		
Abstandsgebot / Händehygiene /Hustenetikette		
<input type="checkbox"/> Ja		
Datenschutz:		
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.		
Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.		
Ort/ Datum	Unterschrift	Datum/ Stempel/ Unterschrift Krankenhaus