

COVID-Fragebogen zum Besuch im Krankenhaus Maria Hilf Daun

Zutrittskarte

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie unten aufgeführte Fragen. Das ausgefüllte Formular gilt als Eintrittsausweis für das Krankenhaus Maria Hilf. Diese Form der Zugangskontrolle dient Ihrem und dem Gesundheitsschutz Ihrer Mitmenschen. Wenn Sie eine Begleitperson benötigen, ist ein separates Formular auszufüllen und mitzubringen. Gerne können Sie das Formular zum Schutz Ihrer persönlichen Daten an den markierten Stellen falten. Bitte beachten Sie, dass im Krankenhaus grundsätzlich ein **med. Mund-Nasenschutz oder eine FFP2-Maske** zu tragen sind. Ebenso ist ein **Abstand von über 1,5 m** zu anderen Personen einzuhalten sowie die **Hände vor und nach Ihrem Besuch zu desinfizieren**.

Bitte geben Sie diesen Bogen auf der Station/in der Ambulanz ab.

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Begleitperson	<input type="checkbox"/> BesucherIn
Name: _____	(nur ausfüllen wenn Begleitperson/ BesucherIn)	
Vorname: _____	Name, Vorname und Geburtsdatum Patient: _____	
Geburtsdatum: _____	_____	
Straße: _____	_____	
PLZ/Wohnort: _____	_____	
Telefon: _____	_____	
<input type="checkbox"/> ambulanter Termin (auch vor/nachstationär/MVZ/ Ambulanzen/ Ärztliche Bereitschaftspraxis)	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme In welcher Klinik/Ambulanz? _____	

➔ Abstrich erfolgt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ mit : Schnelltest <input type="checkbox"/> / PCR-Test <input type="checkbox"/>
➔ Ergebnis:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

COVID-19 Abfrage (IMMER auszufüllen)

Abgefragter Zeitraum aktuell oder in den letzten 14 Tagen

Standen Sie in den letzten Wochen unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Haben Sie sich in einer Klinik/Einrichtung aufgehalten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen außerhalb Deutschlands aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____
Haben Sie Symptome einer Grippe oder Erkältung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Haben Sie Temperatúrauffälligkeiten und/oder fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Husten/ Atemnot/Kurzatmigkeit und/oder andere Atemwegsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Falschangaben sind ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewährt und können nachverfolgt werden.

Datum

Unterschrift PatientIn/Begleitperson/Sonstige

Informationen gem. § 15 KDG Informationspflicht bei unmittelbarer Datenerhebung

Wir erheben Ihre Kontaktdaten (Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer), um die Kontaktnachverfolgbarkeit bei möglichen Covid-19 Infektionen sicherzustellen und Funktionstüchtigkeit des Maria-Hilf-Krankenhauses zu gewährleisten, Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. G KDG sowie Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz. Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage.

Datenschutzbeauftragter: Rainer Faldey, Email: rainer.faldey@datenschutz-trier.com