

COVID Patienten Info

Liebe Patientin, Lieber Patient,

uns liegt Ihr Wohl bei dem geplanten Aufenthalt Sana-Krankenhaus Hürth sehr am Herzen. Damit Sie sich bei uns sicher fühlen und wir gemeinsam eine COVID Erkrankung verhindern können, haben wir Regeln für Ihren Aufenthalt bei uns aufgestellt.

Sie würden sich und uns erheblich unterstützen, wenn Sie folgende Regeln einhalten helfen:

1. Informieren Sie uns über ihren Immunstatus (Geimpft, Genesen) und legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.
2. Vor Aufnahme benötigen wir für alle Patienten einen verpflichtenden PCR Test, nicht älter als 48 Stunden
3. Soweit beruflich realisierbar, empfehlen wir 5 Tage vor dem Krankenhausaufenthalt selbstverpflichtend eine häusliche Quarantäne durchzuführen, um eine COVID Erkrankung im Vorfeld zu vermeiden
4. Sie werden nach COVID Symptomen oder Kontakten im Umfeld befragt. Bitte füllen Sie hierzu den umseitigen Bogen aus und bringen ihn zu ihrer Aufnahme mit.
5. Bitte kommen Sie pünktlich nur zu dem Termin, der mit ihnen vereinbart wurde. Hiermit vermeiden Sie Wartezeiten in großen Gruppen.
6. Am Eingang des Krankenhauses werden Sie nochmal nach COVID Symptomen befragt und Sie dürfen dann das Krankenhaus mit einem Mundschutz betreten. Sollten Sie keinen Mundschutz haben, helfen wir gerne.

Die Regeln im Krankenhaus sind so, wie Sie sie auch in Ihrem Alltag kennen:

- Mund-Nasen-Schutz
- Soziale Distanz von 1,5 Metern
- Händewaschen / -desinfektion

Nur mit Ihrer Hilfe, können wir so gemeinsam einen sicheren Ablauf in unserer Sana Klinik organisieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr Sana-Team

CORONA Checkliste PATIENT

Patient

Name:

Vorname:

Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen	Ja	Nein
Fieber > 38°C		
Husten		
Kurzatmigkeit		
Schnupfen		
Halsschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		
Durchfall		
Sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft oder genesen?		
Nachweis (Impfpass + Identifikation) kontrolliert? (Handzeichen)		
Risikofaktoren COVID-Kontakt		
Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten Wann _____		
Aufenthalt in einem Risikogebiet (außerhalb BRD) Wann _____		
Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne (inkl. Familienmitglied) Wann _____		
Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? Wann? _____ Ergebnis: negativ/positiv		
Epidemiologische Risikofaktoren		
Arbeiten Sie in einem medizinischen/pflegerischen Beruf?		
Waren Sie in den letzten 4 Wochen stationär in einem Krankenhaus/Reha-Einrichtung?		
Wohnen Sie in einem Alten-/Pflegeheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft?		

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient: _____

Patientenaufklärung COVID

Name:

Vorname:

Geb.-Dat:

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass auch mit Einhaltung aller empfohlenen Vorsichts- bzw. Hygienemaßnahmen, das Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 auch im Krankenhaus während einer ambulanten und stationären Behandlung, nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Zur Minimierung von Infektionsrisiken haben wir für die Patienten folgende Verhaltensregeln erlassen:

- Sie tragen einen Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung
- In dieser Zeit halten Sie sich überwiegend in Ihrem Zimmer auf

Mit der Befolgung dieser Verhaltensregeln erkläre ich mich einverstanden. Die zuvor gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Ich fühle mich über SARS-CoV-2 und die COVID Erkrankung sowie Risiken in Bezug auf meinen Krankenhausaufenthalt ausreichend aufgeklärt.

Folgenden Punkte / Fragen wurden in dem Gespräch noch geklärt:

Diesbezüglich habe ich aktuelle keine weiteren Fragen.

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient

Aushang Datenschutzhinweise nach Datenschutz-Grundverordnung Art. 13 und 14

1. Name und Kontaktdaten der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle

Verantwortliche:

Sana-Krankenhaus Hürth GmbH
Krankenhausstraße 42 | 50354 Hürth
Vertreten durch Geschäftsführer Sebastian Haeger

2. Kategorien von personenbezogenen Daten

Wenn Sie unser Haus betreten möchten, erheben wir folgende Informationen von Ihnen:

- **Name, Vorname**
- **Geburtsdatum**
- **Telefonnummer**
- **Name und Vorname der zu besuchenden Person**
- **Datum und Zeitpunkt des Betretens der Klinik**

Sollten Sie mit der Erfassung dieser Daten nicht einverstanden sein, dürfen wir Sie nicht einlassen.

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Datenerhebung erfolgt **zum Zweck des Nachvollzugs von Infektionsketten im Zusammenhang mit Covid-19**. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist **Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO i. V. m. § 5 Absatz (2) Nr. 1 Satz 2 und (3) Nr. 7 CoronaSchVO**.

4. Übermittlung von Daten an Dritte

Eine Übermittlung der o.g. Daten erfolgt nur an das jeweils zuständige Gesundheitsamt zu den o.g. Zwecken. Ihre Daten werden ausschließlich auf Grundlage der oben genannten Rechtsgrundlagen an Dritte weitergegeben.

5. Dauer der Speicherung

Die Daten werden 30 Tage lang nach Ihrem Besuch bei uns gespeichert. Anschließend werden sie datenschutzkonform vernichtet.

6. Ihre Betroffenenrechte

Als Betroffener gem. DS-GVO haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragte(r)
(Adresse und Kontaktdaten)

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 38424-0

Patienten-Kurz-Screening

Name:

Vorname:

Bereich:

	Ja	Nein
Fieber > 38°C und oder Veränderung der Basistemperatur		
Husten		
Durchfall		
Schnupfen		
Halsschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		
Vollständiger Impfschutz		
Nachweis und Kontrolle erfolgt (Handzeichen des Kontrollleurs)		

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Mitarbeiter/Patient

SARS-CoV-2 Test durchgeführt als:

Ergebnis: Positiv

Schnelltest PCR Test

Negativ

In Quarantäne / Häusliche Absonderung gesetzt ab: _____

Datum, Uhrzeit, Unterschrift des Testers
