

Passierschein

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Aktuelle Telefonnummer:

Zweck des Besuches:

- Termin mit:
- Ambulante Behandlung:
- Stationäre Behandlung:
- Besucher von Patient (Name, Vorname):
- Sonstiges:

Eintritt in die Klinik Datum:

Uhrzeit:

Hiermit versichere ich, dass ich nicht an COVID-19 Symptomen (v.a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide, in den **letzten 14 Tagen** keinen Kontakt zu einem COVID Betroffenen und keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin.

Zudem verpflichte ich mich folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

- Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung

Unterschrift Besucher/Patient

Unterschrift Mitarbeiter

Ihre Daten werden gelöscht, sobald sie für ihre Erhebung nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch nach 4 Wochen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

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 eine Mund-Nasen-Bedeckung 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

CORONA Checkliste

Patient

Name:

Vorname:

Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen	Ja	Nein
Fieber > 38°C		
Husten		
Kurzatmigkeit		
Schnupfen		
Halsschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		
Durchfall		
Risikofaktoren COVID-Kontakt		
Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten		
Wann _____		
Aufenthalt in einem Risikogebiet		
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: _____