

COVID-19 Checkliste RISIKOABKLÄRUNG BESUCHER



NAME, VORNAME:

STRASSE

PLZ ORT

GEB.-DATUM:

TELEFONNUMMER

EINTRITT KRANKENHAUS, DATUM: UHRZEIT:

Grund des Besuchs:

- als Patient ambulant/stationär: _____ (Fachbereich)
- als Begleitperson von: _____ (Name des Patienten)
- Patientenbesuch: _____ (Name des Patienten)

Ja Nein Akut aufgetretene Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen

- Aktuelle akute Atemwegsbeschwerden (z.B. Husten, Kurzatmigkeit, Schnupfen)
- Allgemeine Abgeschlagenheit (z.B. Kopf- oder Gliederschmerzen), Infektionsverdacht, Husten, Fieber > 38 ° C
- Geruchs-/Geschmacksstörungen
- Durchfall, Übelkeit / Erbrechen

Ja Nein Epidemiologische Risikofaktoren

- Auslands-Aufenthalt > 48 Stunden wenn ja, wo:

Ja Nein Was trifft auf Sie zu?

- aktueller negativer Schnelltest >24h oder
2. Corona Impfung > 14 Tage oder
- COVID19 erkrankt in den letzten 6 Mon. plus 1. Corona Impfung > 14 Tage

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben und dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem Covid-19-Betroffenen hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin. Zudem verpflichte ich mich die im Infoblatt genannten Verhaltensregeln einzuhalten.

Unterschrift Patient, Begleitperson, Besucher

Checkliste erhalten

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 Art. 16-18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.