

Fragebogen für Besucher und Patienten

Bitte diesen Bogen am Empfang vorlegen, bevor Sie weiter in das Krankenhaus gehen.

Vor- und Nachname	
Adresse	
Telefonnummer/E-Mail	
Datum, Uhrzeit, Dauer des Besuchs (maximale Besuchszeit: 1 Stunde)	
Grund Ihres Besuchs: Ich bin	Patient/in <input type="checkbox"/>
	Besucher/Begleitperson <input type="checkbox"/> und besuche/begleite Name Patient: _____ Station: _____
	Sonstiger Gast (Handwerker, Außendienst, Referent etc.) <input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eines der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt? Fieber, Halsschmerzen und /oder Schluckbeschwerden, Husten, Atemnot, Geschmacks- oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Corona-Virus getestet wurde oder stehen Sie unter Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie in einem Risikogebiet waren, wurde ein Test mit einem negativen Ergebnis durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die ausgelegten Hygieneregeln gelesen und verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe verstanden, dass bewusst falsche Angaben, die mich oder andere gefährden, juristische Schritte nach sich ziehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in / Patient/in

Datum, Unterschrift, Einrichtung

Information zum Datenschutz: Ihre Daten werden auf der Grundlage des § 6 Abs. 1 S.1 lit.f KDG i.V.m. § 2 der Coronaschutzverordnung NRW erhoben und verarbeitet. Ausschließlicher Zweck der Verarbeitung ist die Rückverfolgung der Infektionsketten.

Ihre Daten werden für vier Wochen aufbewahrt und anschließend datenschutzgerecht entsorgt.