

**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	
Zutritt Klinik _____ Uhr		Verlassen Klinik _____ Uhr			
Name: _____		(nur ausfüllen wenn Begleitperson/ BesucherIn)			
Vorname: _____		<b>Name, Vorname und Geburtsdatum Patient:</b>			
Geburtsdatum: _____		_____			
Straße: _____		_____			
PLZ/Wohnort: _____		_____			
Telefon: _____		_____			
<input type="checkbox"/> ambulanter Termin (vor-/ nachstationär/ MVZ/ Ambulanz/ Ärztliche Bereitschaftspraxis)			<input type="checkbox"/> <b>Stationäre Aufnahme</b> In welcher Fachabteilung? _____		
Fachabteilung _____					

→ <b>Abstrich erfolgt:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ mit : <input type="checkbox"/> Schnelltest / <input type="checkbox"/> PCR-Test
→ <b>Ergebnis:</b>	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
→ <b>Impfung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: 1., wann? _____ 2., wann? _____

**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, wann? _____
Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind oder waren bzw. sind Sie selber erkrankt?	<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 Temperaturauffälligkeiten und/oder fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Temp. _____
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](mailto:rainer.faldey@datenschutz-trier.com)

	Erstellt	Geprüft	Freigegeben
Datum	28.07.2021	29.07.2021	-
Name	Daqmar Marinus	Ellen Thomas	-