

COVID-Fragebogen zum Besuch im Krankenhaus Maria Hilf Daun

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 **eine FFP2-Maske** zu tragen ist. Ebenso ist ein **Abstand von über 1,5 m** zu anderen Personen einzuhalten sowie die **Hände vor und nach Ihrem Besuch zu desinfizieren**. Besucher nehmen die FFP Maske während ihres Aufenthalts nicht ab.

Bitte geben Sie diesen Bogen auf der Station/ in der Ambulanz/Praxis ab.

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Begleitperson	<input type="checkbox"/> BesucherIn
Eintrittszeit _____ Uhr		Verlasszeit _____ Uhr
Name: _____		
Vorname: _____		(nur ausfüllen falls Begleitperson/ BesucherIn)
Geburtsdatum: _____		Name, Vorname und Geburtsdatum des Patient:
Straße: _____		_____
PLZ/Wohnort: _____		_____
Telefon: _____		_____
<input type="checkbox"/> ambulanter Termin (vor-/ nachstationär/ MVZ/ Ambulanz/ Ärztliche Bereitschaftspraxis)	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme	In welcher Fachabteilung? _____
Fachabteilung _____		

→ Abstrich erfolgt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ mit : <input type="checkbox"/> Schnelltest / <input type="checkbox"/> PCR-Test
→ Ergebnis:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
→ Impfung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
→ Impfstoff:	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
→ Covid-19 positiv:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, 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 Temperaturregelmäßigkeiten und/oder fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Temp. _____
Haben Sie Husten/ Atemnot/Kurzatmigkeit oder ähnliches?	<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

	Erstellt	Geprüft	Freigegeben
Datum	22.02.2022	22.02.2022	24.02.2022
Name	Ellen Thomas	Dagmar Marinus	Günter Levendecker