

AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

um unsere Patienten und Mitarbeiter bestmöglich vor dem Coronavirus (SARS-CoV-2) zu schützen, bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Einhaltung unserer Hygienevorgaben.

Besucher Name: Vorname: Adresse: Telefon: Besuchsdatum: Zeitraum von _____ bis _____ Uhr	besuchte/r Patient/in Vorname: Nachname: Geburtsdatum: Station:
---	--

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome?

trockener Husten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieber > 38°C	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Abgeschlagenheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durchfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verlust des Geruchssinns	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Kontakt zu einer bestätigten Corona-infizierten Person in den letzten 2 Wochen?ja nein **Quarantäne eines Haushaltsmitgliedes in den letzten 2 Wochen?**ja nein

Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland in einem Corona Virusvariantengebiet nach RKI.

ja nein

Ich bin gegen SARS-Co-2

Vollständig geimpft Covid-19 genesen Genesen +geimpft weder noch **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Es gelten die Datenschutzbestimmungen gem. Art. 13 Abs.1 und 2 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), §17Abs. 1 und 2 des EKD-Datenschutzgesetz.

Ihre Daten werden für die Dauer von 4 Wochen nach dem letzten Kontakt mit Ihnen aufbewahrt und danach vernichtet.

Von zuständigem Mitarbeiter der Einrichtung auszufüllen:

Impf- oder Genesenen Nachweis* oder negativer SARS-CoV-2-Test liegt vor	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(*s. AGA Definition SARS-CoV-2 Impf- und Genesennachweis)	
..... Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiter