

**Besucher**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Besuchte Person:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_ Zl. \_\_\_\_\_

**Liebe Besucher,****Bitte beantworten Sie zur Sicherheit ihres Angehörigen nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

*Die Daten auf diesem Fragebogen werden auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. e) DSGVO i.V. mit §28 IfSG und CoronaSchVO zur Nachverfolgung der Infektionsketten und Information der Betroffenen/Besucher im Infektionsfall verarbeitet und nach 4 Wochen datenschutzgerecht entsorgt. Die Kontaktdaten sind auf Verlangen der zuständigen Behörde (Gesundheitsamt) zu übermitteln, sofern dies zur Nachverfolgung von möglichen Infektionswegen erforderlich ist. Bei Fragen können Sie sich auf unserer Webseite unter <https://www.rkn-kliniken.de/datenschutzerklaerung/> informieren.*

**1. Wurden sie in den letzten 14 Tagen positiv auf COVID-19 (Abstrich) getestet?** **Nein**  **Ja****2. Sind Sie in den letzten 7 Tagen erkrankt?** **Nein**  
 **Ja** und zwar an:  Halsschmerzen  Husten  Fieber  
 Durchfall  Luftnot  Geschmacks-und Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann: \_\_\_\_\_

**3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an COVID- 19 erkrankten Person?** **Nein**  **Ja****4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Auslandsaufenthalt?** **Nein**  **Ja** Wo: \_\_\_\_\_**Wir bitten Sie um Einhaltung von Abstands-und Hygieneregeln**

- Bitte tragen Sie **keine** Einmalhandschuhe, sondern desinfizieren Sie sich am Eingang die Hände
- Verzichten Sie auf das Händeschütteln
- Betreten Sie das Krankenhaus nur mit Mund- Nasenschutz
- Halten Sie zu allen Personen mindestens 1,5 Meter Abstand
- Nehmen Sie bitte Rücksicht auf die Mitpatienten und begrenzen Sie die Besuchszeit auf das Notwendigste

Ich verpflichte mich, die erforderlichen Hygienemaßnahmen einzuhalten, und über alle gesundheitlichen Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungsdauer ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

**Besuchszeit** am: \_\_\_\_\_, von: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Uhr bis: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Uhr

Ort/Datum \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_