**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: 2 Stunden) |  |
| Grund Ihres Besuchs: Ich bin | Patient/in |
| Besucher/Begleitperson und besuche/begleite  Name Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sonstiger Gast (Handwerker, Außendienst, Referent etc.) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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? |  |  |
| Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Corona-Virus getestet wurde oder stehen Sie unter Quarantäne? |  |  |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? |  |  |
| Falls Sie in einem Risikogebiet waren, wurde ein Test mit einem negativen Ergebnis durchgeführt? |  |  |
| Ich habe die ausgelegten Hygieneregeln gelesen und verstanden. |  |  |
| Ich habe verstanden, dass bewusst falsche Angaben, die mich oder andere gefährden, juristische Schritte nach sich ziehen können. |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Besucher/in / Patient/in Datum, Unterschrift, Einrichtung

Information zum Datenschutz: Ihre Daten werden auf de Grundlage des § 6 Abs. 1 S.1 lit.f KDG iV.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.