



## Formulare

Ersteller:  
Hirsch, Simone, Tellmann, Dr.  
med. Karin

Freigebender:  
Happe, Svenja

Freigabedatum:  
17.11.2020

Durch den Besucher auszufüllen:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

<b>Besucher</b> Name, Vorname	
<b>Anschrift</b> Straße, PLZ, Ort	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Besuchte/r Patient/in</b>	

<b>Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. bekannter Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub- und/oder Pollenallergie) erklärbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf SARS-CoV-2 getestet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Das Merkblatt zu Hygienevorschriften und allgemeinen Verhaltensregeln habe ich gelesen und weiß, dass die Regelungen sowohl in der Klinik als auch draußen auf dem Klinikgelände gelten.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage der Datenschutzgrundverordnung. Die Daten dienen ausschließlich der zuständigen Behörde im Bedarfsfall der Kontaktpersonennachverfolgung. Ihre Daten werden 4 Wochen von uns aufbewahrt und dann gelöscht.

**Sollten Sie innerhalb der nächsten 14 Tage nach Ihrem Besuch in unserer Klinik ein positives Testergebnis erhalten, sind Sie verpflichtet, uns telefonisch darüber zu informieren.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Besucher

Durch die Klinik auszufüllen:

Ein Besuch ist möglich, wenn alle Antworten negativ sind und die gemessene Temperatur bei maximal 37,4 Grad liegt.

**Gemessene Temperatur:**

**Besuch wurde gewährt:**  **Ja**  
 **Nein** und Besucher darauf hingewiesen, sich beim Hausarzt zu melden

.....  
Unterschrift Mitarbeiter