

FO Selbstauskunft Covid-19 (SJK)

Geltungsbereich:
Ort: Krankenhaus (SJK)
Fach: Alle
Gruppe: Alle



FREIGEgeben

Dok.Nr.: 16448

Vers.Nr.: 003/05.2020

Überprüfung: 07.05.2023

Zugangsberechtigung am Datum ____ / ____ / ____

Name: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Ziel-Fachabteilung: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bei Ihnen stehen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in unserer Einrichtung an.

Im Zuge der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 benötigen wir im Vorfeld von Ihnen einige Angaben. Diese dienen dem Schutz der Mitarbeiter und Patienten, als auch dem öffentlichen Interesse im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zu diesem Zwecke. Sie sind ausschließlich für die Mitarbeiter des Empfangs einsehbar und werden nicht weitergegeben. Eine Ausnahme besteht, wenn sich der Verdacht auf eine meldepflichtige Erkrankung ergibt. Hier werden Ihre Daten an die vorgesehene Behörde und intern zum Zwecke der Nachverfolgbarkeit weitergegeben.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist der Schutz der lebenswichtigen Interessen unserer Patienten gem. § 11 Abs. 2 lit. c) Katholisches Datenschutzgesetz (KDG) sowie das öffentliche Interesse zur Sicherheit in der Gesundheitsversorgung nach § 11 Abs. 2 lit. i KDG. Eine Meldepflicht ergibt sich aus dem Infektionsschutzgesetz. Nähere Informationen können Sie der Internetseite des Robert Koch Instituts (RKI) entnehmen. Ihre Daten werden nach 3 Monaten gelöscht. Weitere Informationen zum Umgang und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie ausführlicher unter: www.st-josef-moers.de

Bitte füllen Sie das Formular aus und übergeben es dem Personal am Haupteingang.

Ihr Team vom St. Josef Krankenhaus Moers

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	ja	nein
...Schüttelfrost oder Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretenen Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretene Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretenen Geschmacks- oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Kontakt mit bestätigten Corona-Patienten oder Personen in Corona-Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift Patient/in

- - - wird vom Klinikpersonal gemessen / ausgefüllt - - -

Körpertemperatur: _____ °C

Zugangsberechtigung erteilt: ja nein (bei „nein“ Info eines Arztes der Fachabteilung)

Zugangsberechtigung erteilen, wenn alle Fragen mit „nein“ beantwortet wurde und die Temperatur unter 37,5°C liegt.

Unterschrift Mitarbeiter/in