

FO Selbstauskunft Covid-19 (SJM)

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



FREIGEgeben

Dok.Nr.: 16448

Vers.Nr.: 007/10.2020

Überprüfung: 14.10.2023

Datum: _____ **Ankunftszeit:** _____

Ich bin: Patient Besucher Begleitperson Sonstiges (Vertreter, Service-Firma usw.)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Ziel (Abteilung, besuchter Pat): _____

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.

Bitte füllen Sie das Formular möglichst im Vorfeld aus und übergeben es dem Mitarbeiter der Sie beim Eintritt in das Gebäude empfängt.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zu diesem Zwecke. Sie sind ausschließlich für die empfangenden Mitarbeiter einsehbar und werden nicht weitergegeben. Ergibt sich jedoch eine meldepflichtige Erkrankung, 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

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"/>
Nur für Besucher: einen Aufenthalt in einem ausländischen Risikogebiet nach RKI? Bei Unklarheiten wenden Sie sich an unsere Mitarbeiter. Eine Auflistung der aktuellen Risikogebiete finden Sie unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift Patient/in / Besucher/in

--- wird vom Mitarbeiter gemessen / ausgefüllt ---

Körpertemperatur: _____ °C

Zugangsberechtigung erteilt: ja nein

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

Unterschrift Mitarbeiter/in