

**Fragebogen zu COVID-19**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrter Gast!**

Aus Infektionsschutzgründen bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. oder E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
Leiden Sie unter <b>COVID-19-typischen Symptomen</b> ? z. B. Atemnot oder Fieber im Zusammenhang mit neu aufgetretenem Schnupfen oder Husten, akute Störungen von Geruchs- oder Geschmackssinn, Durchfall, Erbrechen		
Haben Sie einen <b>gültigen Impfnachweis</b> ?		
Haben Sie einen gültigen <b>Genesenennachweis</b> ?		
Haben Sie einen <b>aktuellen Testnachweis</b> ? (Antigentest nicht älter als 24 Stunden, PCR-Test nicht älter als 48 Stunden)		

**Für Besuchende:**

Name des besuchten/begleiteten Patienten: .....

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Vom Krankenhaus auszufüllen:

\_\_\_\_\_

Ein Nachweis wurde vorgelegt.

\_\_\_\_\_ - Unterschrift Mitarbeiter/in

Datenschutzrechtliche Hinweise: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 DSGVO und Art. 9 Abs. 2 DSGVO. Die Verarbeitung ist erforderlich, um Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte in unserem Krankenhaus zu schützen und ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Personen zu ermitteln und rechtzeitig verständigen zu können. Ihre Daten werden erforderlichenfalls an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben. Nach spätestens 4 Wochen werden Ihre Daten gelöscht, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.