

**Nachweis- und Screening-Bogen bei Betreten des Krankenhauses**

**Eigene Daten:** *Dieses Feld bitte immer ausfüllen!*

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Daten des besuchten Patienten:** *Dieses Feld nur ausfüllen wenn sie einen Patienten besuchen!*

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

**Aufgesuchter Bereich:** *Dieses Feld nur ausfüllen wenn Sie einen Termin im Krankenhaus wahrnehmen!  
(Ambulante OP, Endoskopie, Röntgen, Dienstleister/in, Servicetechniker/in, etc.)*

Bereich: \_\_\_\_\_

<b>Fragebogen</b>		<i>Dieses Feld bitte immer ausfüllen!</i>	
1.	Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
2.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu einer Person, die an Corona erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
3.	Haben Sie oder die Angehörigen ihres Hausstandes typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, wie: Fieber (>38° C), Husten, Halsschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen (bei Kindern zusätzlich: Magen-Darm-Infektion)?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
4.	Unterliegt ein/e Angehörige/r ihres Hausstandes einer individuellen Absonderung (Quarantäne) aufgrund einer möglichen Infektion mit dem Coronavirus?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
5.	Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen in einem Risikogebiet gem. Robert-Koch-Institut aufgehalten und/oder unterliegen einer Quarantänepflicht? <small>(vgl.: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html</a>)</small>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

**Hinweis zur Datenverarbeitung:**

Wir sind gesetzlich verpflichtet die Kontaktdaten unserer Besucher für einen Monat aufzubewahren und sie im Ausbruchsfall an das Gesundheitsamt herauszugeben. Nach dieser Frist werden die Daten datenschutzkonform vernichtet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre mein Einverständnis mit den aktuell gültigen Besucherregelungen des DRK-Krankenhauses Biedenkopf und dem o. g. Hinweis zur Datenverarbeitung.

Unterschrift Besucher/in \_\_\_\_\_

*Wird von Krankenhaus-Mitarbeitern/innen ausgefüllt:*

Datum: \_\_\_\_\_ | Haus betreten: \_\_\_\_\_ Uhr | Haus verlassen: \_\_\_\_\_ Uhr

O<sub>2</sub>-Sättigung: \_\_\_\_\_ % Temperatur: \_\_\_\_\_ ° C Handzeichen Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_