

Selbstauskunft für Besucher*innen

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

zu Ihrem eigenen Schutz sowie, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Angaben zu machen bzw. Fragen zu beantworten. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben zu Ihrem Patientenbesuch mit. Vielen Dank vorab dafür.

Besucher (Kontaktperson)

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer	

Besucher Patient

Name, Vorname	
Station	

Zutritt möglich wenn:

- „genesen“: Nachweis einer durchgemachten Infektion mittels PCR-Test, der max. 6 Monate und mindestens 28 Tage zurückliegt
Nachweis vorgelegt: Ja
- „geimpft“: Nachweis über die vollständige Impfung (BioNTech, Moderna, AstraZeneca) – frühestens 14 Tage nach der Zweitimpfung bzw. beim Impfstoff Janssen-Cilag (Tochterfirma von Johnson & Johnson) frühestens 14 Tage nach der Einmalimpfung (Die Vorlage eines Impf- oder Genesenen-Nachweises ist als Original in Papier- oder in digitaler Form möglich (z.B. digitaler Impfpass).
Nachweis vorgelegt: Ja
- „getestet“: negativer COVID-19 Antigen-Test nicht älter als 48 h oder negativer COVID-19 PCR-Test nicht älter als 72 h (kein Selbsttest!!)

Nachweis vorgelegt: Ja

Sollten Sie keinen Nachweis vorlegen können benötigen Sie für den Zutritt eine Zugangsberechtigung durch die Station.

Bitte füllen Sie dazu nachfolgende Selbstauskunft aus:

Angaben zu möglichen Gesundheitsbeschwerden (bitte kreuzen Sie an)
Aktuelle Symptome oder innerhalb der letzten 14 Tage neu aufgetreten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Muskel-/Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Magen-/ Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Akute Atemwegssymptome

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Temperatur Besucher: _____ °C (wird in der Klinik ausgefüllt)

Reiserückkehrer aus einem Risikogebiet innerhalb der letzten 14Tage?

Nein

Ja

Risikogebiet:

Rückkehrdatum

Befinden Sie sich zurzeit in häuslicher Quarantäne?

Ja Nein

Sollten Sie sich zurzeit in häuslicher Quarantäne befinden, möchten wir Sie bitten, sich vorab mit der behandelnden Fachabteilung telefonisch in Verbindung zu setzen.

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen mit einer akuten respiratorischen Erkrankung (z.B. Bronchitis/Lungenentzündung)?

Ja Nein

Sind Sie Kontaktperson (KP1) von einem bestätigtem COVID-19-Fall?

Ja Nein

Hinweis

Sollten Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantworten, bitten wir um Verständnis, dass ein Besuch dann leider nicht möglich ist.

Selbstverpflichtung

Als Besucher verpflichte ich mich, mich ausschließlich beim benannten Patienten und in dessen Zimmer aufzuhalten, während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen und einen Mindestabstand von 1,5 m zu wahren. Die geltenden Hygienerichtlinien wurden mir mitgeteilt. Ich verpflichte mich, diese einzuhalten.

Einverständnis Datenspeicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten gespeichert werden. Die Angaben sind gem. der „Coronaschutzverordnung-NRW“ freiwillig, aber ohne Angabe dürfen wir Ihnen keinen Zugang gewähren.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung in die Speicherung ganz oder in Teilen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an die Märkische Kliniken GmbH zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Sie wurden auf den Aushang zu den „Informationspflichten bezüglich der Erhebung von Daten von Besuchern bzw. Kontaktpersonen von Patienten“ hin- gewiesen.

Datum / Unterschrift Besucher*in

Datum / Unterschrift Einrichtung