

## 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	

### Angaben zu möglichen Gesundheitsbeschwerden (bitte kreuzen Sie an)

<p><b>Aktuelle Symptome oder innerhalb der letzten 14 Tage neu aufgetreten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Husten <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Muskel-/Gelenkschmerzen <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Fieber <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Halsschmerzen <span style="margin-left: 120px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Magen-/ Darmbeschwerden <span style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Kopfschmerzen <span style="margin-left: 110px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Geschmacksverlust <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li><input type="radio"/> Geruchsverlust <span style="margin-left: 110px;"><input type="checkbox"/> Ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></li> </ul>	<p>Reiserückkehrer aus einem Risikogebiet innerhalb der letzten 14Tage?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Risikogebiet:</p> <p>_____</p> <p>Rückkehrdatum</p> <p>_____</p>
<p>Temperatur Besucher: _____°C (wird in der Klinik ausgefüllt)</p>	

### 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 Tage Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person?**

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“ hingewiesen.

---

**Datum / Unterschrift Besucher\*in**

**Datum / Unterschrift Einrichtung**