

# Zugangs-Fragebogen (während der COVID-19 -Pandemie)

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Besucherinnen und Besucher,

während der Corona-Pandemie müssen wir besondere Maßnahmen ergreifen, um unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen und das Risiko einer Verbreitung von Corona-Viren in unserer Einrichtung zu minimieren. Insbesondere sind wir verpflichtet, Sie vor Ihrem Aufenthalt in unserem Krankenhaus zu möglichen Symptomen einer SARS-CoV-2-Infektion zu befragen. Zusätzlich müssen wir die Zeiten des Aufenthaltes sowie Ihren und ggf. den Namen des besuchten Patienten erfassen\*

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zur Hygiene, die wir Ihnen beim Betreten des Krankenhauses übergeben. Vielen Dank!

Ich bin  Patient  Besucher  Begleitperson  
Sonstiges (etwa: Vertreter / Service-Firma / Referent)  .....

Bereich (bitte freilassen)

Name: .....	besuchter Patient:
Vorname: .....	Name: .....
Anschrift: .....	Telefonnummer** : .....
Geburtsdatum: .....	Aufenthaltszeit: ..... bis .....Uhr

Besucher/innen und Teilnehmer/innen unserer Vorträge **müssen** unabhängig vom Impf-/ Genesenenstatus, einen Nachweis über einen tagesaktuellen (bis zu 24 Stunden) negativen Covid-19-Schnelltest vorlegen. Der Nachweis über die Genesung (bis maximal sechs Monate nach Erkrankung) bzw. den Nachweis einer zweifachen Covid-19-Impfung (ab dem 15. Tag nach Zweitimpfung) ist nicht ausreichend. **Ohne den Nachweis eines tagesaktuellen (bis zu 24 Stunden) negativen Covid-19-Schnelltest darf das Krankenhaus von Besucher/innen nach § 28 b IfSG nicht betreten werden.**

## Statuserhebung

geimpft  genesen (nicht länger als 6 Monate)  getestet (vor max. 24 Std.)

\_\_\_\_\_ Datum, Uhrzeit des Tests

**Ich erkläre hiermit, dass ich nicht unter einem der folgenden aktuellen Symptome leide (auch nicht innerhalb der letzten sieben Tage):**

- Fieber, Halsschmerzen, Schluckstörungen, Atemnot,
- Geschmacks- und / oder Geruchsverlust,
- allgemeine Abgeschlagenheit und / oder Leistungsverlust,
- Magen-Darm-Symptome,
- starker Schnupfen.

**Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen und bin nicht selbst positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Ich erkläre weiterhin, dass keine behördlich angeordnete Quarantäne für mich oder meinen Haushalt besteht.**

Meerbusch, den .....

Datum, Uhrzeit

Unterschrift

**Sofern Sie diese Erklärung nicht unterzeichnen können, weil Sie Symptome haben oder Kontakt zu einer positiv-getesteten Person hatten oder selbst positiv getestet sind:**

- Halten Sie als **Patient** bitte Rücksprache mit der zuständigen Fachabteilung / Station oder melden Sie sich vor dem Betreten des Krankenhausgebäudes an unserem Empfang.
- Als **Besucher** dürfen Sie unser Krankenhaus nicht betreten.

\* Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Nachverfolgung von Infektionsketten in Zusammenhang mit COVID-19. Rechtsgrundlage der Datenerhebung ist § 6, Abs.1 lit. d des Katholischen Datenschutzgesetzes (KDG) in Verbindung mit § 5 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 7 der Coronaschutzverordnung (CoronaSchVO). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung können Sie an der Information oder unter <https://www.rz-meerbusch.de/kontakt/datenschutz/datenschutz.html> einsehen.

\*\* freiwillige Angabe, die im Falle einer Kontaktnachverfolgung Ihre schnelle Information ermöglicht