

Abfrage Daten Besucher

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ein, dass meine Daten von der KJF Klinik Sankt Elisabeth aufgenommen und 30 Tage in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt die Kontaktdaten erhalten kann, falls hier eine Infektionskette nachvollzogen werden muss.

Die Richtigkeit meiner persönlichen Daten bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ich besuche folgenden in stationärer Behandlung befindlichen Patienten:

Name, Vorname Patient/in: _____

Station: _____

Haben Sie aktuell oder hatten in den letzten fünf Tagen Erkältungssymptome? Bitte entsprechend ankreuzen:

Ja Nein

Wenn Sie Ja angekreuzt haben, welche Symptome haben/hatten Sie? Bitte entsprechend ankreuzen:

Husten Schnupfen Atemnot
 Halsschmerzen Fieber: _____ °C verminderter Geschmacks-/Geruchssinn
 Magen-/Darmbeschwerden Kopfschmerzen Abgeschlagenheit

Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt zu nachgewiesenen SARS-COV-2 Personen?

Ja, wann: _____ Nein

Datum: _____

Unterschrift des Besuchers: _____