

## 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: \_\_\_\_\_