

NAME, VORNAME: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____ **Telefonnr.:** _____

FÜR BESUCHER/BEGLEITPERSONEN: wen besuchen/begleiten Sie?

Name, Vorname: _____

1. **Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem ausgewiesenen Risikogebiet im Ausland?**

Ja

Nein



ist ja angekreuzt, dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!! (gilt nicht für Patienten)

2. **Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Wochen ein Abstrich/Test auf COVID-19 durchgeführt?**

Ja

Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis?

a.) Positiv

b.) Negativ

c.) liegt noch nicht vor



ist a.) oder c.) angekreuzt, dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!

3. **Haben Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Person gehabt, die COVID-19 positiv getestet wurde?**

Ja

Nein



ist ja angekreuzt, dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!

4. **Haben Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Verdacht auf eine COVID-19 Erkrankung bestand?**

Ja

Nein



ist ja angekreuzt, dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!

5. **Haben Sie ein oder mehrere der unten angeführten Symptome?**

Die Frage bezieht sich auf akut aufgetretene Symptome und schließt chronische, sowie saisonale/allergische Beschwerden aus!

Fieber über 38 °C

Atemnot

anhaltender Husten

Durchfall

Geschmacks- und/oder Geruchsverlust

Halsschmerzen

Schnupfen

„grippale“ Kopf/Gliederschmerzen



mit Symptomen dürfen Sie das Krankenhaus leider nicht betreten!!

Datenschutz-Hinweise nach § 17 DSGVO: Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH (Wichemstraße 8, 48147 Münster); Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung: gesetzliche Grundlage nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 DSGVO iVm Infektionsschutzgesetz sowie Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person nach § 6 Abs. 1 DSGVO (lebenswichtige Interessen: Schutz der Gesundheit unserer Beschäftigten und Patienten sowie deren Besucher; Eindämmung der Pandemie im Hinblick auf Nachverfolgung von Infektionsketten); Speicherdauer: vier Wochen; Datenweitergabe: Im Falle einer festgestellten Infektion an die zuständigen Gesundheitsbehörden. Weitere Informationen: www.evk-muenster.de.

Datum: _____ **Uhrzeit:** _____ **Unterschrift:** _____