

Besucherregistrierung*1 Krankenhäuser Stiftung Mathias-Spital Rheine

(Stand 10. Juli 2020)



Dieser **Gesundheitsfragebogen** muss von allen Personen (ein Formular pro Person) ausgefüllt und unterschrieben werden, bevor sie unsere Einrichtungen besuchen oder betreten.

***1 Besuche sind nur gemäß aktuell gültiger Besucherregelung möglich.**

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		
Telefon		Mobilfunknummer	
E-Mail-Adresse			
Name der zu besuchenden Person			

Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Patient/innen, Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen in unseren Häusern sicherzustellen, und beantworten Sie dazu wahrheitsgemäß folgende Fragen:

1.	Abfrage zu Symptomen: Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mind. eines der folgenden Symptome?	Ja	Nein
	erhöhte Temperatur > 37,8 °C oder Schüttelfrost? Husten? Eher trockener Husten? neu aufgetretene Atemnot? einen grippalen Infekt? Schnupfen, Halsschmerzen, Gliederschmerzen? eine <u>akute</u> Durchfallerkrankung? Störungen des Geruchs-oder Geschmacksinns?		
2.	Corona-Anamnese (Ist mindestens eine Aussage zutreffend?):	Ja	Nein
	Waren Sie selbst Corona positiv und haben noch Symptome und/oder Ihr positives Abstrichergebnis liegt 10 Tage oder weniger zurück? Sind Sie aktuell in Quarantäne? Ist ein Mitglied aus Ihrem Haushalt in den letzten 3 Wochen positiv getestet worden? Hatten Sie Kontakt zu einer Corona-positiven Person (i.d.R. besteht deshalb Quarantäne)? Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten (siehe folgenden Link: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)?		

Alle Personen, die eine dieser Fragen mit Ja beantworten oder eine aktuell erhöhte Körpertemperatur $\geq 37,8$ °C haben, dürfen die Einrichtung nicht betreten und ihre Angehörigen nicht besuchen bzw. begleiten!

Besucher erhalten die Besucherinformation mit Hinweisen zu Hygienemaßnahmen.

Dieser Fragebogen wird unter Umständen an die zuständigen öffentlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben.

Datenschutzhinweis

Die Maßnahme erfolgt selbstverständlich unter Einhaltung des Datenschutzes. Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Das Dokument wird vier Wochen aufbewahrt und danach vernichtet. Die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand werden zu folgenden Zwecken verarbeitet:

1. Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung;
2. zur Erfüllung von gesetzlichen Verpflichtungen, Vorschriften, nationalen und europäischen Gesetzen sowie aus Gründen, die sich aus den Anordnungen der Behörden hierzu kraft Gesetzes ergeben.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind und dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation und die medizinische Versorgung haben können. Falsche Angaben können außerdem zu haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen führen.

Ort, Datum

Unterschrift