

PATIENTENFRAGEBOGEN

Version 1

Liebe Patienten,

aufgrund der aktuellen Situation mit dem Covid-19 Virus müssen wir die Kontaktdaten aller Patienten des Klinikums und der Poliklinik sowie mögliche Krankheitszeichen erfassen.

Patient:

Nachname, Vorname:	Geb.-datum:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Telefonnummer:	
Praxis/Ambulanz/Sprechstunde/Station:	

	JA	NEIN
Hatten Sie oder eine Person aus Ihrem Haushalt in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person mit einer bestätigten Corona-Infektion oder einem Corona-Verdacht (eine Person in Quarantäne)?		
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Anzeichen eines Infekts (z. B. Fieber, Schüttelfrost, Husten, Kopf- oder Halsschmerzen, Gelenk- oder Gliederschmerzen, starkes Erschöpfungsgefühl)?		
Haben Sie eine Veränderung Ihres Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?		
Fühlen Sie sich aktuell in irgendeiner Form krank oder unwohl?		

Bei einer „JA-Antwort“ ist eine Behandlung im MVZ nicht möglich ist.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich verfüge über einen vollständigen Impfschutz gegen das Covid-19-Virus.	
Ich bin von einer Corona-Infektion genesen.	

Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben.

Datum & Unterschrift Patient

1) Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c), d), e) DSGVO, sowie auf Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG. Die Erfassung ist erforderlich, um Patienten und Beschäftigte in unserem Krankenhaus zu schützen und ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Patienten ausfindig zu machen und rechtzeitig verständigen zu können. Ihre Daten werden erforderlichenfalls an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben und nach vier Wochen gelöscht, sofern keine Infektion bei der besuchten Person aufgetreten ist.