

Teilnahme-Fragebogen Selbsthilfegruppen (während der COVID-Pandemie)

Formular



Liebe Patientin, lieber Patient,

während der Corona-Pandemie müssen wir besondere Maßnahmen ergreifen, um unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen und das Risiko einer Verbreitung von Corona-Viren in unserer Einrichtung zu minimieren. Insbesondere sind wir verpflichtet, Sie vor Ihrem Aufenthalt in unserem Krankenhaus zu möglichen Symptomen einer SARS-CoV-2-Infektion zu befragen. Zusätzlich müssen wir die Zeiten des Aufenthaltes sowie Ihren Namen erfassen.*

Bitte beachten Sie auch die aktuellen Hygienemaßnahmen. Vielen Dank!

Kurs

Name:

Vorname: Straße, Hausnr.:

Telefonnummer**.: Wohnort:

Datum: Aufenthaltszeit: bis Uhr

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht unter einem der folgenden Symptome leide:

- Fieber, Halsschmerzen, Schluckstörungen, Atemnot,
- Geschmacks- und / oder Geruchsverlust,
- allgemeine Abgeschlagenheit und / oder Leistungsverlust,
- Magen-Darm-Symptome,
- starker Schnupfen.

Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen und bin nicht selbst positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden.

Hamm, den
Datum

.....
Unterschrift

* Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Nachverfolgung von Infektionsketten in Zusammenhang mit COVID-19. Rechtsgrundlage der Datenerhebung ist § 6, Abs.1 lit. d des Katholischen Datenschutzgesetzes (KDG) in Verbindung mit § 5 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 7 der Coronaschutzverordnung (CoronaSchVO). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung können Sie an der Information oder unter <https://www.barbaraklinik.de/kontakt/datenschutz/datenschutz.html> einsehen.

** freiwillige Angabe, die im Falle einer Kontaktnachverfolgung Ihre schnelle Information ermöglicht