

# COVID-19-Fragebogen

## Vor jedem Zutritt auszufüllen!

für Patienten, Begleitpersonen, Besucher, Techniker und sonstige Gäste

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Besucher	von _____ Name, Vorname	_____ Station
<input type="checkbox"/> Begleitperson	von _____ Name, Vorname	
<input type="checkbox"/> Patienten	für _____ NFA, MVZ, Ambulanz (Radiologie, Physiotherapie, D-Arzt u.a.)	
<input type="checkbox"/> Sonstige	für _____ Bereich (Technik, Medizintechnik, Verwaltung u.a.)	_____ Firma

1. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall oder sind Sie in einem fleischverarbeitenden Betrieb tätig?  nein  ja
2. Ist bei Ihnen eine COVID-19-Erkrankung bekannt?  nein  ja
3. Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne?  nein  ja
4. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten, Gliederschmerzen, Atemwegsprobleme)?  nein  ja
5. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn?  nein  ja
6. Kommen Sie deshalb jetzt zu einer Untersuchung oder Behandlung?  nein  ja

Die Verarbeitung Ihrer privaten Kontaktdaten ist zur Rückverfolgung der Infektionsketten bei auftretenden COVID-19 Infektionen und zur Erfüllung der gesetzlichen Meldepflichten (zuständiges Gesundheitsamt) erforderlich. Rechtsgrundlage sind Art. 6 Abs. 1 lit. a), c) und e) DS-GVO und Art. 9 Abs. 2 lit. i) DS-GVO i.V. mit § 6 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 der SächsCoronaSchVO.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zu dieser Verarbeitung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Daten werden nach 30 Tagen gelöscht.

**Ein Betreten der Klinik ist ohne diese Angaben und evtl. bei positiver Beantwortung nicht gestattet!**

**In dringenden Fällen obliegt dem Ärztlichen Dienst die Entscheidung.**

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie beim Personal.

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unterschrift