


Kliniken Maria Hilf GmbH	Formular	Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach 
Corona-Patientenfragebogen		

Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Postalische Adresse	Telefonnummer

Ich habe einen Termin in/bei:

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Ambulanz</u> | <input type="checkbox"/> Allg. Chirurgie | <input type="checkbox"/> Kontinenzzentrum | <input type="checkbox"/> Onkologie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| | <input type="checkbox"/> Endoskopie | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie |
| | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Nephrologie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie |
| | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> BG Unfallsprechstd |
| | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Urologie |

Station _____

Betriebsarzt

geplante Untersuchung/Eingriff: _____

(1) Haben oder hatten Sie Corona? nein ja

Wenn diese Frage bereits mit JA beantwortet wird, entfallen die unten stehenden Fragen. Vor Eintritt ins Haus muss mit dem Zielbereich das weitere Vorgehen geklärt werden.

(2) Haben Sie in den letzten 7 Tagen Husten, Atembeschwerden oder andere Symptome einer Erkältungskrankheit (Schnupfen, Halsschmerzen) mit oder ohne Fieber oder den Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn festgestellt? nein ja

(3) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt (über 15 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einem Corona-Erkrankten? nein ja

(4) Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem ausländischen Corona-Risikogebiet gewesen? nein ja

(5) Sind Sie Bewohner/in eines Alten-/Pflegeheims oder einer anderen Gemeinschafts-Wohnunterkunft (Behindertenwohnheim, Flüchtlingsunterkunft)? nein ja

Mönchengladbach, den _____ Unterschrift _____

Unterschreiben Sie diesen Fragebogen erst am Haupteingang unseres Krankenhauses und legen Sie diesen unseren Info-Mitarbeitern zur Prüfung vor. Geben Sie den Fragebogen dann an ihrem Ziel ab. Bewusst wahrheitswidrig gemachte Angaben können juristische Schritte nach sich ziehen.

Information zum Datenschutz:

Ihre Daten werden auf Grundlage des § 6 Abs. 1 S. 1 lit. f KDG i.V.m. § 5 der Coronaschutzverordnung-NRW erhoben und verarbeitet. Ausschließlicher Zweck der Verarbeitung ist die Rückverfolgung von Infektionsketten. Ihre Daten werden bis zu sechs Monaten gespeichert bzw. aufbewahrt und anschließend datenschutzgerecht gelöscht bzw. entsorgt.