

Angaben zur eigenen Person:

Geb.-Datum

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

Aufzusuchende Person/Ambulanz/Veranstaltung:

Name: _____

Station: _____

Veranstaltung: _____

Bereich/Raum: _____

Datum, Uhrzeit: _____

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage folgende Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber		
Halsschmerzen / Schluckbeschwerden		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Allgemeine Abgeschlagenheit / Leistungsknick, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar		
Starker Schnupfen ,soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergie) erklärbar		
Haben Sie Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Mensch gehabt?		

Wenn ein Punkt mit JA beantwortet wurde, kann der Besuch nicht bewilligt werden bzw. muss bei Patienten ein POCT-Ag-Test durchgeführt werden.

Geimpft- Getestet- Genesen

	JA	NEIN
Negatives Testergebnis (max. 48 Stunden alt) liegt vor		
Durchgemachte COVID-19 Erkrankung ist attestiert (PCR-Test <= 6 Monate)		
Vollständige Impfung (Abschluss vor 14 Tagen) ist erfolgt		

Wenn zusätzlich zum erfolgreichen Symptomscreening ein Punkt mit JA beantwortet werden kann, kann der Zutritt bewilligt werden.

Information zum Datenschutz:

Ihre Daten werden auf Grundlage des § 6 Abs. 1 S. 1 lit. f KDG i.V.m. § 2a der Coronaschutzverordnung-NRW erhoben und verarbeitet. Ausschließlicher Zweck der Verarbeitung ist die Rückverfolgung von Infektionsketten.

Ihre Daten werden für 4 Wochen aufbewahrt und anschließend datenschutzgerecht entsorgt.