

## COVID-19 Fragebogen für Besucher des Klinikums

**Besucher** - Vorname, Name, Geburtsdatum, Handy.-Nr.:

**Anschrift:**

**Patient** – Vorname, Name, Station:

**Sehr geehrte Besucher, sehr geehrte Besucherinnen,**

um unsere Patienten in der COVID-19-Pandemielage vor Ansteckung zu schützen, bitten wir Sie den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wir möchten mit der Befragung mögliche Kontaktpersonen zu COVID-19-Erkrankten oder Besucher mit Krankheitszeichen, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar wären, schnell erkennen und damit eine Viruseintragung in unserem Klinikum verhindern.

Die Führung der Besucherliste ermöglicht es uns bei positivem COVID-19-Nachweis, schneller Kontaktpersonen zu ermitteln.

Aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie-Situation dürfen unsere Patienten jeweils nur von max. 2 Personen (zeitversetzt) Besuch in einem festgelegten Zeitfenster unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen (FFP2-Maske, Händedesinfektion, Abstand bewahren) erhalten. Besucher mit Atemwegsinfektionen sind vom Besuchsrecht ausgeschlossen.

**Wir bitten Sie um Beantwortung nachfolgender Fragen:**

<p>Haben Sie selbst oder Familienangehörige, oder Personen mit denen Sie in einem gemeinsamen Haushalt leben, Symptome einer grippe-ähnlichen Infektion?</p> <p style="text-align: right;"><u>Haben Sie:</u> Fieber, Husten, Schnupfen, Durchfall, Geruchs- oder Geschmacksverlust?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person mit Coronavirus-Infektionsverdacht /Coronavirus-bestätigter Erkrankung?</p> <p>Hatten Sie in den letzten 28 Tagen eine <b>Reise aus einem Virusvarianten-Gebiet (England, Brasilien, Südafrika)</b> oder Kontakt zu einer Person aus einem Virusvarianten-Gebiet oder die mit einer Virusvariante infiziert war?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, wo: _____</p>
<p>Haben Sie ein negatives COVID-19 (SARS-CoV2) <b>nicht</b> älter als 48 Stunden vorliegen? Wenn nein, besteht in Ausnahmefällen die Möglichkeit, in der Zeit von 14.00-16.00 Uhr, im Besuchertestzentrum, einen COVID-Antigentest durchzuführen. Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite! Sind Sie geimpft gegen SARS-CoV-2? Wenn, ja mit welchem Impfstoff und wann war die 2. Impfung?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>einmalig    <input type="checkbox"/>zweifach  Impfstoff:  <input type="checkbox"/> AstraZeneca  <input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer  <input type="checkbox"/> Moderna  <input type="checkbox"/> Johnson&amp;Johnson  <input type="checkbox"/> Sonstige:  Datum 2. Impfung:</p>

**Die „Informationspflicht zur Datenerhebung nach Art. 13 DSGVO“ konnte ich einsehen und wurde mir auf Wunsch ausgehändigt. Auf der Basis der gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wird der Fragebogen mit Ihren persönlichen Angaben nach Ablauf von 4 Wochen vernichtet.**

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Hinweise zum COVID-19 Antigenschnelltest:

- Testdauer: ca. 30 Minuten
- **Testkosten:** 50 Euro
- Das Testergebnis erhalten Sie vor Ort schriftlich

1. **Nur mit einem negativen Testergebnis ist ein Besuch in der Klinik möglich.**
2. Bei seltenen unspezifischen Testreaktionen im Antigenschnelltest, ist das Ergebnis nicht beurteilbar. Ein Besuch in der Klinik ist somit **nicht** möglich.  
**Es erfolgt keine Geldrückgabe!**
3. Bei positivem Testergebnis ist **kein** Besuch möglich.  
Nach Infektionsschutzgesetz muss das positive Testergebnis namentlich dem Gesundheitsamt gemeldet werden.  
Eine Bestätigung des positiven Testergebnisses ist über einen sogenannten PCR-Test vorgeschrieben. In diesem Fall wenden Sie sich an Ihren Hausarzt.  
Bis zum Ausschluss einer COVID-Infektion über eine PCR-Testung müssen Sie sich in häusliche Isolation (Anordnung erfolgt über das Gesundheitsamt) begeben.

Die Hinweise habe ich gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit der Durchführung eines Antigenschnelltestes.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_