

# Screeningbogen für Besucher

Bitte geben Sie diesen Zettel im Stationszimmer auf der von Ihnen besuchten Station ab.

Vielen Dank!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Patientenname \_\_\_\_\_ Zimmernummer \_\_\_\_\_

**Datum des Besuches:**

**Beginn des Besuches (Uhrzeit):**

**Bestand Kontakt zu einem nachweislich Covid-19-Erkrankten in den letzten 14 Tagen?**

Ja

Nein

**Hiermit versichere ich, innerhalb der letzten 14 Tage keine für eine Covid-19-Infektion typischen Symptome gehabt zu haben** (z. B. Fieber, Husten, Atembeschwerden, Gliederschmerzen wie bei einer Grippe, Schnupfen – ausgenommen allergische Reaktionen, Halsschmerzen, Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn).

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Rechtsgrundlage für die Datenerhebung:**

Die zuständige Gesundheitsbehörde oder Ortspolizeibehörde sind nach dem Bundesinfektionsschutzgesetz (§§ 16, 25 IfSG) Empfänger dieser Daten, sofern ein konkreter Infektionsverdacht vorliegt. Nur in diesem Fall werden Ihre Daten weitergeleitet. Ihre personenbezogenen Daten werden von uns **vier Wochen** nach Erhalt datenschutzkonform gelöscht und nicht anderweitig verwendet.