HYGIENE
SICHERHEIT
VERTRAUEN

MARIENHAUS KLINIKUM
IM KREIS AHRWEILER

Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen

MARIEN HAUS

COVID-Risiko-Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten als Patient, Begleitperson oder Besucher unser Krankenhaus betreten.
Dieser Bogen dient dazu, Risiken für das Vorliegen einer Corona-Infektion zu erfassen.

Dabei sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

- Bitte setzen Sie vor Betreten des Krankenhauses Ihren Mund-Nasen-Schutz auf, desinfizieren Sie Ihre Hände und halten Sie einen angemessenen Abstand von 1,5 m zu anderen Personen ein. Der Mund-Nasen-Schutz soll Mund und Nase komplett bedecken und ausreichend dicht sein.
- Bitte umgehen Sie diese Regelungen keinesfalls, indem Sie sich z.B. mit Ihren Angehörigen vor dem Krankenhaus treffen.
- Bitte folgen Sie den Anweisungen unseres Personals.
- Bitte haben Sie Verständnis, dass die Besuchsregelung nicht automatisch mit einem Arzt-, Pflege- oder Sozialdienstgespräch verbunden sein kann. Dieses müssen Sie vorab telefonisch vereinbaren.

Die Maßnahmen dienen dazu Ihre Angehörigen, unsere Mitarbeiter und nicht zuletzt Sie selbst zu schützen.

Wir dokumentieren Ihren Namen, Adresse und Telefonnummer für eine eventuelle Kontaktaufnahme.

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des Nachvollzugs von Infektionsketten im Zusammenhang mit Covid-19.

Die Daten von Besuchern werden in Papierform für vier Wochen aufbewahrt und bei Bedarf gespeichert. Nach den vier Wochen Aufbewahrung/Speicherung werden die Unterlagen/Daten unwiederbringlich vernichtet bzw. gelöscht. Andere Verarbeitungen oder Weitergaben erfolgen nicht.

Weiterhin müssen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß beantworten.

Ihre Kontaktdaten

Nachname _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____ Datum, Uhrzeit Betreten des Krankenhauses _____

Bitte wenden!

Sie kommen als

◯ Patient ◯ Begleitperson ◯ Besucher ◯ Sonstige

Wen möchten Sie besuchen/begleiten?

_____

Name, Vorname Station, Zimmernummer

Bitte beantworten Sie folgende Fragen wahrheitsgemäß. Haben Sie...? (bitte ankreuzen)

◯ ja ◯ nein **Fieber**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretenen Geschmacks- oder Geruchsverlust**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretenen Husten**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretene Atemnot**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretenes Krankheitsgefühl/Abgeschlagenheit/Müdigkeit**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretene Halsschmerzen**

◯ ja ◯ nein **Schnupfen, nicht im Rahmen einer bekannten Allergie erklärbar**

◯ ja ◯ nein **neu aufgetretene Kopfschmerzen oder Gliederschmerzen**

◯ ja ◯ nein **Kontakt zu einem Covid-19-Patienten in den letzten 14 Tagen**

Wenn Sie eine der Fragen mit **Ja** beantworten, ist ein Besuch Ihres Angehörigen nicht möglich.
Wenden Sie sich in diesem Falle an Ihren Hausarzt, um weitere Maßnahmen mit ihm zu besprechen.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen...

...im Ausland? ◯ nein ◯ ja, in _____

...in einem innerdeutschen Risikogebiet? ◯ nein ◯ ja, in _____

Bestätigung

Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich bestätige zudem, dass ich...

- während meines Aufenthalts im Krankenhaus einen Mund-Nasen-Schutz trage.
- mir vor und nach meinem Besuch die Hände desinfiziere.
- den gebotenen **Abstand von mindestens 1,5m** zu anderen Personen einhalte.

_____

Datum / Unterschrift